

ZUR PATHOGENESE
DES KINDLICHEN SUIZIDVERSUCHES

Retrospektive Untersuchungen zu 51 Suizidversuchen
zwischen 1968 und 1978 im Raum Mainz

HADMAR MICHALSKI

—
1980

Aus der Kinderklinik der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz

ZUR PATHOGENESE
DES KINDLICHEN SUIZIDVERSUCHES
Retrospektive Untersuchungen zu 51 Suizidversuchen
zwischen 1968 und 1978 im Raum Mainz

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Würde des Doktors der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz
dem Fachbereich Medizin vorgelegt
von

HADMAR MICHALSKI
aus Bleiberg (Österreich)

MAINZ 1980

Dekan: Professor Dr. H. Leithoff

1.Gutachter: Professor Dr. E. Emmrich

2.Gutachter: Professor Dr.B.K.Jüngst

Tag der mündlichen Prüfung: 15.Oktober 1980



INHALTSVERZEICHNIS

Seite

1. EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMATIK KINDLICHER UND JUGENDLICHER SUIZIDALITÄT	1
1.1. Begründung der Aufgabenstellung	1
1.2. Historischer Überblick	3
1.3. Statistische Daten über suizidale Hand- lungen bei Kindern und Jugendlichen	8
1.3.1. Statistische Daten über Suizide bei Kindern und Jugendlichen	8
1.3.2. Statistische Daten über Suizidversuche bei Kindern und Jugendlichen	16
1.4. Allgemeine Theorien suizidalen Verhaltens	25
1.5. Besonderheiten suizidalen Handelns bei Kindern und Jugendlichen	28
1.5.1. Todesvorstellungen bei Kindern und Jugendlichen	28
1.5.2. Suizidale Intentionalität und selbst- destruktives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen	33
1.5.3. Art und Bedeutung psychischer Alteratio- nen bei Suizidhandlungen im Kindes und Jugendalter	37
1.5.4. Deprivation und broken-home bei suizida- len Kindern und Jugendlichen	43
2. PATIENTENGRUPPE UND METHODIK	49
2.1. Die Patientengruppe	49
2.2. Die Methodik	49

	Seite
3. ERGEBNISSE	52
3.1. Vorbemerkung	52
3.1.1. Rangreihe der anamnestischen Daten	53
3.1.2. Rangreihe der somatischen Daten	55
3.1.3. Rangreihe der psychischen Daten	57
3.1.4. Rangreihe der sozialen Daten	59
3.1.5. Rangreihe der situationalen Daten	60
3.1.6. Signifikante Unterschiede der Ergebnisse bei Mädchen und Jungen	63
4. DISKUSSION DER ERGEBNISSE	68
4.1. Mängel des vorliegenden Ansatzes	68
4.2. Inhaltliche Diskussion	69
4.2.1. Diskussion der anamnestischen Daten	69
4.2.2. Diskussion der somatischen Daten	76
4.2.3. Diskussion der psychischen Daten	81
4.2.4. Diskussion der sozialen Daten	89
4.2.5. Diskussion der situationalen Daten	93
4.2.6. Diskussion der signifikanten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen	100
5. ZUSAMMENFASSUNG	103
6. ANHANG	108
6.1. Auflistung der Ergebnisse aller Einzelitems	108
6.1.1. Anamnestische Items	108

	Seite
6.1.2. Somatische Items	119
6.1.3. Psychische Items	129
6.1.4. Soziale Items	142
6.1.5. Situationale Items	152
6.2. Erläuterungen zu den Einzelitems und Definitionen	161
7. LITERATURVERZEICHNIS	175
8. LEBENSLAUF UND SCHLUSSBEMERKUNG	200



Digitized by the Internet Archive
in 2026

1. EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMATIK KINDLICHER UND JUGENDLICHER SUIZIDALITÄT

1.1. Begründung der Aufgabenstellung

Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter erregen zunehmend das Interesse der Öffentlichkeit, was sich vor allem in sensationell aufgemachten Berichten der Massenmedien widerspiegelt, so daß man den Eindruck gewinnen könnte, daß suizidale Handlungen bei Kindern zeittypische Erscheinungen seien und in den letzten Jahren bedrohlich zugenommen hätten. Dieser Eindruck gründet sich aber zunächst nicht auf objektivierbare Tatsachen, sondern hängt mit dem starken emotionalen Gehalt dieses Problems zusammen.

In unserer Gesellschaft ist, jedenfalls soweit das in Äußerungen relevanter meinungsbildender Kräfte sichtbar wird, eine wachsende Sensibilisierung gegenüber sozial Schwachen und psychisch Leidenden festzustellen. Gleichzeitig wird diese Tendenz aber durch sensationell aufgemachte Berichte der Massenmedien ausgenutzt, wozu sich die erschütternde Verbindung von verzweifelterm Suizid und an sich lebensbejahender, naiver Kindheit besonders gut eignet.

Wegen dieses widernatürlichen Charakters des Kinderselbstmordes werden auch oft die verschiedensten gesellschaftlichen Mißstände für diese anders scheinbar nicht zu erklärenden Handlungen verantwortlich gemacht. Je nach weltanschaulichem Standpunkt und nach vorherrschendem Zeitgeist liefert der Kinderselbstmord einem kulturpessimistischen Konservativismus oder einer linken Gesellschaftskritik die Argumente. Einmal wird im Sittenverfall und in der Zerstörung der Familie die Ursache gesehen, dann wieder in der extremen Entfremdung in der spätkapitalistischen Gesellschaft. Gerade in den ersten Jahrzehnten wissen-

schaftlicher Forschung über kindliche Suizidalität haben solche Strömungen des Zeitgeistes eine große Rolle gespielt (212). Aber auch in den letzten 20 Jahren ist die Suizidologie nicht völlig frei von solchen Modeströmungen gewesen.

E.RINGEL (298) interpretierte das Ansteigen der Jugendselbstmordversuche in Wien in den fünfziger Jahren hauptsächlich als Folge der Familienzerrüttung im 2. Weltkrieg und prophezeite "daß der Höhepunkt jener Entwicklung (des Anstiegs der Suizidversuchsraten) erst um das Jahr 1960 zu erwarten ist" (298,S.39). So plausibel diese Hypothese erschien, so wenig wurde sie durch die weitere Entwicklung bestätigt (33).

LUNGERSHAUSEN wiederum fand in seiner Untersuchung über suizidale Handlungen bei Schülern in Nordrhein-Westfalen im Zeitraum von 1958 bis 1964 als vorherrschendes Motiv bei Jungen "Schwierigkeiten in der Schule" (217), und in der breiten Öffentlichkeit ist diese Ansicht heute stärker denn je vertreten, während führende Suizidologen und Sozialpädagogen das inzwischen wieder bestreiten (35,168, 266,274,276,289,378).

THOMAS, der Leiter der "Ärztlichen Lebensmüdenbetreuung Berlin", bezeichnete 1969 im Stern "mangelnde oder mangelhafte Sexualerziehung als Hauptursache hinter den meisten Konflikten", die zum Jugendselbstmord führen (376,S.77). 1978 nimmt er als Hauptursachen für die zunehmenden Selbstmordversuche endogene Depressionen und "neurotische Leiden" an, während jetzt Sexualkonflikte, die er nun vor allem durch frühen sexuellen Leistungszwang verursacht sieht, nur mehr an 2.Stelle stehen (377).

Diese Beispiele sollen nur zeigen, wie sehr auch Fachleute dazu neigen, aus einer zufälligen Koinzidenz von gesellschaftlichen Mißständen und anscheinend veränderten Suizidraten einen kausalen Zusammenhang zu konstru-

ieren, und wie verzerrend sich eine Überbewertung von Einzelaspekten auswirken kann.

Ziel dieser Arbeit soll es sein, einen Beitrag zur rationaleren Analyse des Phänomens 'Suizidalität' im Kindes- und Jugendalter zu liefern. Dabei soll die oben beschriebene Generalisierung von Einzelaspekten vermieden werden, und an Hand des mit dem Begriff 'Befindlichkeit' charakterisierten Diagnostikmodells von E.EINSIEDEL (88, 89,91,92) die Komplexität des Problems deutlich gemacht werden.

Auf Grund noch zu diskutierender Untersuchungsschwierigkeiten kann diese Arbeit im wesentlichen allerdings nur ein Beitrag zur Hypothesenbildung sein, aus der sich dann aber fundierte Ansätze für weitergehende, gezielte Einzeluntersuchungen ergeben können.

1.2. Historischer Überblick

Schon aus archaischen Gesellschaften sind Hinweise auf Kindersuizide bekannt. SELIGMANN publizierte 1910 ein Märchen aus Neu Guinea (331), in dem die Entwicklung zum Suizid bei einem jungen Mädchen beschrieben ist. Dabei tauchen Elemente auf, die auch bei der Suizidalität von Kindern in hochentwickelten Industriegesellschaften zu beobachten sind: Banalität des Anlasses, ohnmächtiger Aggressionsstau nach Frustration, der bewußte oder unbewußte Appell an die Eltern um Rettung und Rachegefühle den Eltern gegenüber. Kindersuizid scheint also durchaus ein zeitloses Phänomen zu sein und bei vielen Naturvölkern vorzukommen (419).

Aus historischer Zeit berichtet PLUTARCH von einer Suizidepidemie bei jungen Mädchen in Milet, wobei in seiner Schilderung die hysterischen Tendenzen dieser Mädchen eindeutig sichtbar werden (nach 338). In den folgenden Jahrhunderten findet man bis auf ei-

ne kurze Erwähnung in den talmudischen Schriften (129) keine Hinweise auf Kindersuizide.

Mit den Versen von Matthias CLAUDIUS im Wandsbecker Bothen von 1772 (68): Nun mag ich auch nicht länger leben,
verhaßt ist mir des Tages Licht,
denn sie hat Franze Kuchen geben,
mir aber nicht.

taucht dann wieder in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts ein literarischer Hinweis auf Kindersuizide auf. Viele Autoren (62,75,78,144,147,263,391) zitieren später diese Stelle, um die gerade bei kindlichen Suizidhandlungen häufige, starke Diskrepanz zwischen der Banalität des Anlasses und den Folgen der Tat zu charakterisieren. Man kann annehmen, daß CLAUDIUS zu diesen treffenden Zeilen wohl von realen Beispielen in seiner zeitgenössischen Umwelt angeregt worden ist.

Danach werden die Berichte zahlreicher: CASPER berichtet von einer "fast unglaublich erscheinenden Zunahme der Kinderselbstmorde in den neuesten Zeiten" (1788-1821) in Preußen, wofür er den angeblich verderblichen Geist der Zeit verantwortlich macht (62). Diese Klage findet sich in der europäischen Literatur des 19. Jahrhunderts von nun an immer wieder. Zunahmen der Kindersuizide werden aus Frankreich (Quetelet, Durant-Fardel, Pierre de Boisement, Périer, Barbeaux), Rußland (Choroschek, Serkoff, Sbankow) und England (W. Ireland, Gordon) berichtet (nach 13,123). PERIER erwähnt allerdings, daß schon Montaigne den Kinderselbstmord als trauriges Zeichen seiner Zeit gesehen habe (nach 13).

Über die Situation in Preußen in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts gibt die Arbeit von BAER einen guten Überblick (13). Eine Zunahme suizidaler Handlungen in der Altersgruppe bis unter 15 Jahre wird zwar auch von ihm festgestellt, aber er versucht die Ursachen differenzierter darzustellen.

Er wendet sich vor allem gegen eine einseitige Verurteilung der Schule, die damals anscheinend genauso heftig angegriffen wurde wie heute. Verschiedene Untersuchungen und Gutachten, darunter eines von VIRCHOW und WESTPHAL, konnten aber keinen Zusammenhang zwischen Schülersuizid und schulischem Leistungsdruck nachweisen (390).

An Hand einer Analyse der Suizidraten von Kindern in den 13 sozioökonomisch stark unterschiedlich strukturierten preußischen Provinzen versucht er auch die Behauptung zu entkräften, daß zwischen Bevölkerungsdichte, Industriealisierungsgrad und amtlicher erfaßter Kinderarbeit einerseits und der Zahl der Kinderselbstmorde andererseits ein Zusammenhang bestünde.

MORSELLI hebt dagegen die hohe Zahl von jugendlichen Selbstmördern in Großstädten wie Paris, London, Berlin und Wien hervor (245), und auch SATHYAVATHI unterstreicht die Bedeutung von sozialer Not und Entwurzelung für den Kindersuizid im modernen Indien (313), das ja durchaus gewisse Ähnlichkeiten mit dem Europa der Gründerzeit aufweist.

Am Schluß seiner Arbeit vertritt BAER dann die Ansicht, daß die Hauptursache für das zunehmende suizidale Handeln von Kindern in einer einseitigen Ausrichtung der Erziehung auf intellektuelle Erziehungsziele in Familie und Schule und in einer Vernachlässigung der emotionalen Schwierigkeiten der Kinder zu suchen ist. Diese Meinung erscheint zwar plausibel, jedenfalls so weit sie sich auf Mittel- und Oberschicht bezieht, belegt wird sie allerdings nur mit einigen Kasuistiken.

EMMINGHAUS bezeichnet in einem Handbuch der Kinderheilkunde von 1887 "krankhafte Seelenzustände vom Charakter der Melancholie" (94,S.159) in Verbindung mit Frühreife als wichtigste Selbstmordursachen bei Kindern. Sein Melancholie-Begriff bleibt allerdings sehr unscharf, so

daß seine Ansicht wohl nur als allgemeine Betonung konstitutioneller Ursachen verstanden werden kann. Trotz seiner insgesamt stark moralisierenden Betrachtung der Kindersuizide (etwa Laster als Suizidmotiv) kommt sein Vorschlag, zur Prophylaxe des Selbstmords die Kinder nicht mehr körperlich zu züchtigen, und sie durch positive Verstärkung zu ermutigen und durch zeitweisen Liebesentzug zu bestrafen, den heute üblichen pädagogischen Vorstellungen durchaus nahe.

Mit dem Aufkommen der Psychoanalyse wurde die Betrachtungsweise differenzierter, und die unbewußt ablaufende Psychodynamik bei suizidalen Kindern und Jugendlichen wurde stärker beachtet. Vor allem in unbefriedigter Sexualspannung und latenten Ängsten wegen Onanie und Inzestphantasien wurde die zentrale Ursache gesehen (294,352). Dieser Ansicht wurde schon damals, z.T. wohl aus einem antipsychoanalytischen Ressentiment heraus, widersprochen (123).

Aber auch wenn uns in der heutigen Gesellschaft, in der sexuell repressive Erziehung zunehmend schwindet, dieser Aspekt stark überbewertet zu sein scheint, so muß man doch sehen, daß zur Zeit der Jahrhundertwende sexuelle Repression für die pubertierende Jugend durchaus ein zentrales Problem war; man denke nur etwa an das "Frühlings Erwachen" von Frank WEDEKIND (394).

Sätze aber, wie "Das Leben gibt bloss jener auf, der Liebe zu erhoffen aufgeben mußte" (309,S.27) und "Niemand tötet sich selbst, der nicht einen anderen töten wollte, oder zumindest einem anderen den Tod gewünscht hätte" (352,S.33), bringen noch immer zentrale Aspekte der suizidalen Dynamik auf den Begriff.

In den zwanziger Jahren wurde in Deutschland im wesentlichen die Vorkriegssicht des Problems im Sinne von BAER oder EMMINGHAUS beibehalten. Als kausal wichtiges Moment wurde jetzt aber die Entwurzelung jun-

ger Menschen durch sozioökonomische Krisen und durch den Abbau religiöser Bindungen stärker betont (236). FRANKL fand allerdings 1928/29 in der Jugendberatungsstelle der Stadt Wien unter 1500 Ratsuchenden kaum wirtschaftliche Notfälle (115).

Im Unterschied zu den Autoren der Vorkriegszeit entwickelte man jetzt aber konkretere Gedanken über die Möglichkeiten einer wirksamen Suizidprophylaxe durch Haus- und Familienärzte (236) oder durch Jugendberatungsstellen, die sich vor allem auf Laienhelfer stützen sollten (115,314).

Diese Überlegungen kamen aber über Modellversuche nicht hinaus, denn im Zuge der politischen Veränderungen nach 1933 wurde das suizidale Handeln von Kindern und Jugendlichen neu interpretiert. GAUPP hebt 1934 in einem Handbuch der Heilpädagogik die zentrale Bedeutung von erblichen Faktoren beim Kindersuizid hervor und resümiert: "Alles, was wertvollen Menschen die Aufzucht zahlreicher Kinder ermöglicht, nützt dem Volk im ganzen. Auf der anderen Seite ist die Unfruchtbarmachung der geistig und sittlich Minderbegabten,...., geeignet, die weitere Ausbreitung der Kinderselbstmorde einzudämmen" (123, S.2540-2541). Aber auch wenn andere Autoren nicht so 'konsequent' waren, wurde jetzt die kindliche und jugendliche Suizidalität überwiegend als "vorschnelle Reaktion eines labilen Psychopathen auf ein leidbringendes äußeres Erlebnis" (224,S.37)gesehen, wodurch die Möglichkeit zu einer differenzierteren psychodynamischen Betrachtung genommen wurde, da konstitutionelle Momente, etwa entsprechend dem Psychopathiebegriff von K.SCHNEIDER, als entscheidend angesehen wurden. GRUHLE versucht deshalb in seiner Selbstmordmonographie von 1940 erst gar keine inhaltliche Erklärung für Kinder- und Jugendselbstmorde zu finden und begnügt sich mit dem Satz: "Man wird wohl nicht fehlgehen, bei den eigentlichen Kinderselbst-

morden eine psychopathische Wesensart als Hauptgrund anzusehen" (135,S.109).

Von dieser einseitigen Beurteilung kindlicher Suizidalität löste sich die Forschung nach dem 2.Weltkrieg nur langsam, und erst die neuen Forschungsergebnisse in der Erwachsenensuizidologie (etwa durch E.RINGEL und E.STENGEL) brachten einen gewissen Wandel.

1.3. Statistische Daten über suizidale Handlungen bei Kindern und Jugendlichen

Unsere Arbeit beschäftigt sich vom Thema und vom Patientengut her nur mit Suizidversuchen einschließlich 'parasuizidaler Handlungen' (104), da aber Suizide, also akute, bewußt intendierte Selbstschädigungen mit tödlichem Ausgang, statistisch wesentlich genauer erfaßt sind, und da Suizidversuche (SV) erst durch das Vorhandensein erfolgreicher Suizide einen Teil ihrer Bedeutung gewinnen, soll in diesem Kapitel zuerst die Häufigkeit kindlicher und jugendlicher Suizide behandelt werden. Außerdem geben die meisten Autoren die Zahl der SV als ein bestimmtes Vielfaches der Suizidzahl an, so daß die Kenntnis der Suizidstatistik wichtig ist, und auch in der öffentlichen Diskussion wird die Selbstmordrate gern als "Indikator für die Qualität psychohygienischen Bemühens" (144, S.1364) und als Hinweis auf den psychischen Gesundheitszustand einer Gesellschaft gewertet (403,423).

1.3.1. Statistische Daten über Suizide bei Kindern und Jugendlichen

Suizidstatistiken müssen mit einer besonderen Vorsicht interpretiert werden, weil hier verfälschende Einflüsse viel stärker zum Tragen kommen als bei den Statistiken anderer Todesursachen. TOOLAN z.B. erwähnt eine Schätz-

ung des Suizidverhütungszentrums von Los Angeles, nach der bis zu 50% aller Suizide nur als Unfälle erfaßt werden (382, ähnlich 19,79,226,414), wobei die Dunkelziffer für Kinder und Jugendliche noch erheblich höher liegen soll als für Erwachsene (382).

Das liegt zum Teil daran, daß die Feststellung eines Suizids nur auf Grund der äußeren Umstände des Todes oft nicht möglich ist (z.B. Verkehrsunfall). Die Häufigkeit der Diagnose Suizid hängt aber auch von der Einstellung der jeweiligen Gesellschaft (205,416), des einzelnen Untersuchers (98,415) und der betroffenen Angehörigen (205) ab. Wird dem Suizid gegenüber eine tolerante oder sogar verständnisvolle Haltung eingenommen, dann werden viele Suizide diagnostiziert, während umgekehrt bei desinteressierter oder moralisch verurteilender Einstellung der Suizid rein statistisch seltener wird (415,416).

Beim Kindersuizid kommt hinzu, daß Eltern und Erzieher häufig ein starkes Interesse haben, daß ein Unfall oder eine akzidentelle Vergiftung als Todesursachen angenommen werden (167,371), da sie sonst zumindest mit einer moralischen Verurteilung als Mitschuldige rechnen müssen, wenn es nicht gar zur Konfrontation mit offiziellen Stellen kommt (69). Als weiteres verunsicherndes Moment ist beim Kindersuizid die kleine Fallzahl zu berücksichtigen, die in der Suizidstatistik leicht zu stärkeren Schwankungen der Suizidrate (Suizide/100'000) führen kann, ohne daß daraus wesentliche Schlüsse auf ein verändertes psychosoziales Klima gezogen werden dürfen (417).

Die Zahlen aus dem 19. Jahrhundert sind dabei noch viel ungenauer als heute, aber da man ja davon ausgehen muß, daß es sich um Minimalzahlen handelt und die Differenz zur tatsächlichen Zahl weit größer ist als heute, ist

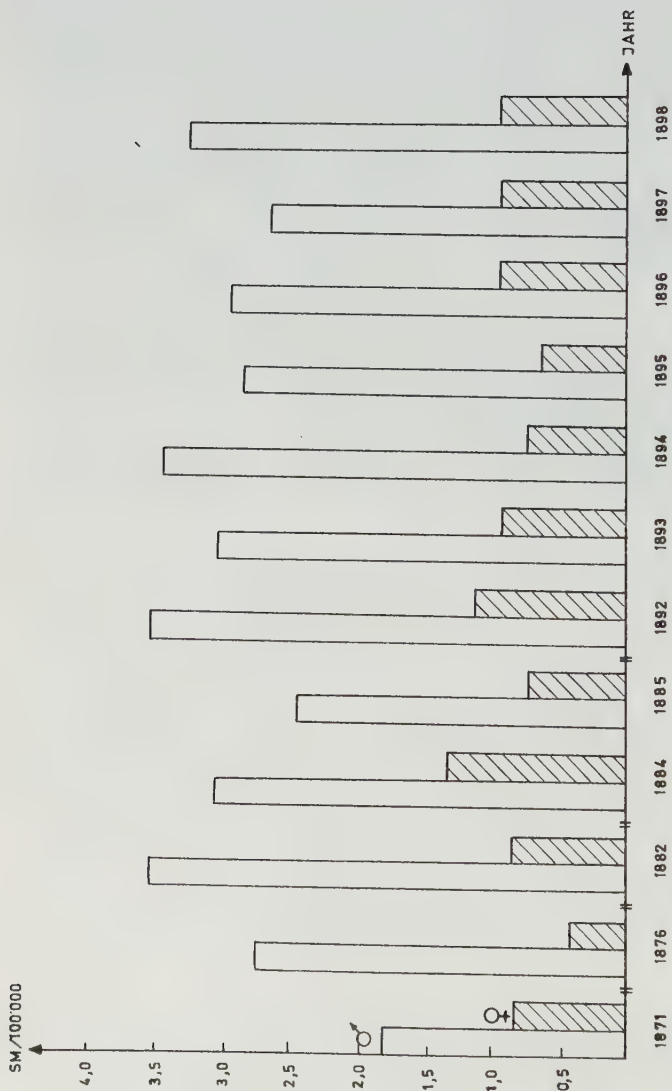


Abb.1: Altersspezifische Suizidraten der 0-15 Jährigen in Preußen

Quelle: Preußische Statistik Bd.IV; Bd.XCI,S.9 u.S.14;

Bd.157,S.28; zitiert nach A.BAER (13,S.14)

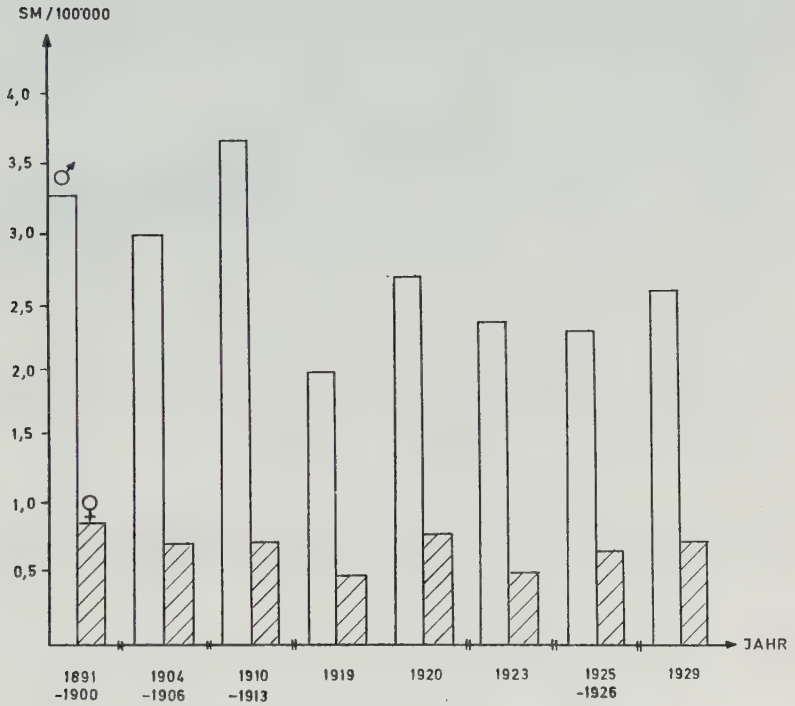


Abb.2: Altersspezifische Suizidraten der 10-15 Jährigen in Preußen

Quelle: 1891....1913 PRINZING (292,S.1776);
1919,-20,-23,-29 H.J.WEICHBRODT,
(395,S.105)

es beeindruckend zu sehen, daß in Preussen die Suizidrate der 0-15 Jährigen (!) in der 2.Hälfte des 19.Jahrhunderts zumindest bei den Jungen deutlich höher lag (Abb.1) als die Rate bei den 10-15 Jährigen (!) heute in der BRD (Abb.3). Ein ähnliches Bild ergeben die Zahlen von KROSE, der in den Jahren 1883-1890 in Preussen eine durchschnittliche Suizidrate der 10-15 Jährigen von 3,1 (♂) bzw. 0,9 (♀) fand (186).

Wie aus den Zahlen von WEICHBRODT (395) und PRINZING (292) hervorgeht, kam es nach dem 1.Weltkrieg zu einem Abfall der Suizidraten vor allem bei den Jungen auf ein Niveau, das dem jetzigen in etwa entspricht (Abb.2). Seit 1950 besteht in der BRD bei den Jungen eine steigende Suizidrate und bei den Mädchen eine deutlich niedrigere, weitgehend konstante Suizidrate (Abb.3 und Tab.1). Das Verhältnis der männlichen zur weiblichen Suizidrate beträgt 3:1 bis 4:1 (Tab.2). Ähnliche Geschlechterrelationen gibt PRINZING für die Dekade 1891-1900 in Preussen an ($\sigma : \varphi = 3,7:1$) (292).

Periode	♂	♀
1950-59	1,83	0,61
1960-69	2,06	0,52
1970-77	2,59	0,64

Tab.1:Durchschnittliche Suizidraten nach Abb.3 bei den 10-15 Jährigen

Periode	Verhältnis $\sigma : \varphi$
1950-59	3:1
1960-69	4:1
1970-77	4,1:1

Tab.2:Verhältnis der Suizidraten σ / φ bei den 10-15 Jährigen

Bei dieser Betrachtung der Entwicklung in den letzten 100 Jahren muß man REMSCHMIDT zustimmen, daß "von einer alarmierenden Zunahme jugendlicher Suizide nicht die Rede sein kann" (295,S.198), obwohl einige andere Autoren die gegenteilige Ansicht vertreten (35,150,263). Z.T. entsteht dieser Eindruck einer starken Zunahme wohl mehr

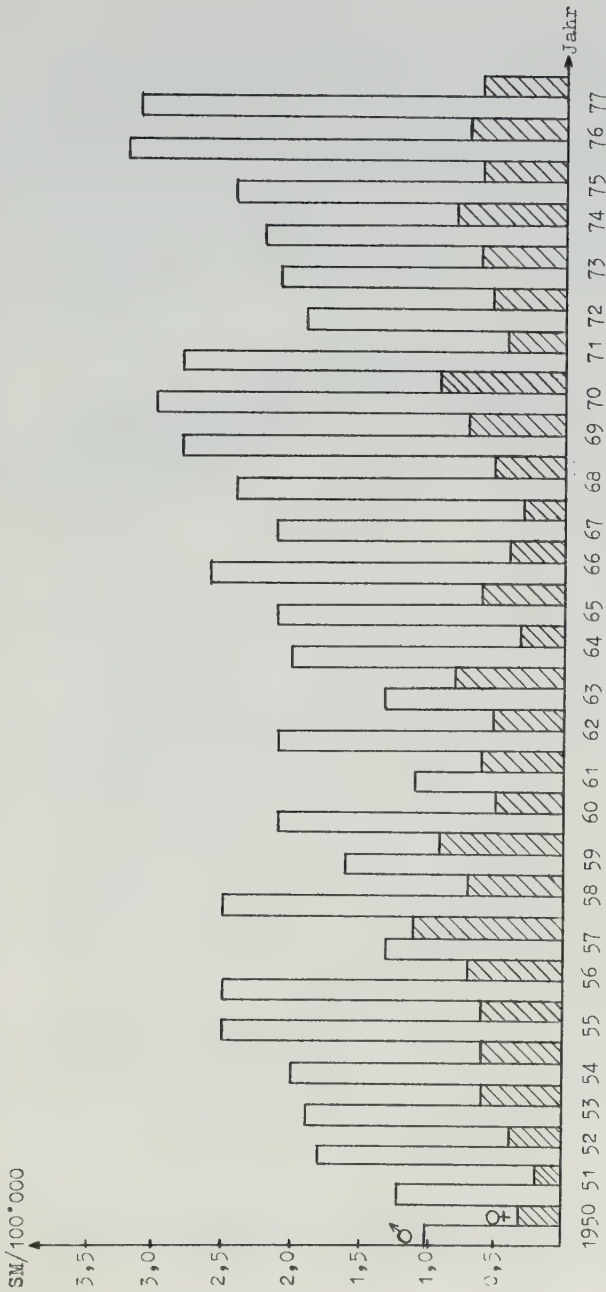


Abb.3: Altersspezifische Suizidraten der 10-15 Jährigen in der BRD zwischen 1950-1977

(BRD von 1950 - 1955 ohne Saarland und Berlin (West))

" von 1956 - 1959 ohne Berlin (West)

" von 1960 - 1977 einschließlich Berlin (West)

Quelle: Von 1950 bis 1959 Suizidrate selbst berechnet nach der Gesamtzahl der 10-15 Jährigen und der Zahl der Suizide dieser Altersgruppe; ab 1960 Suizidrate nach Stat.Bundesamt (57,198)

Suizide/100*000

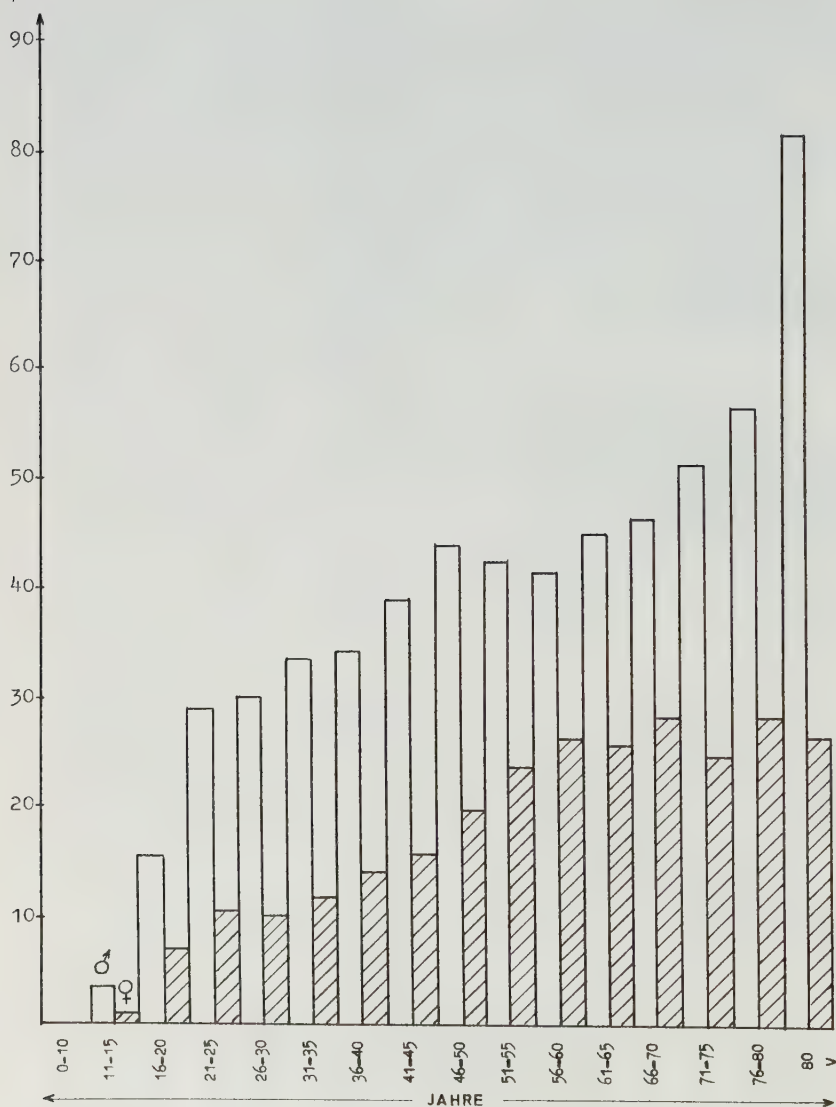


Abb.4: Altersspezifische Suizidraten in der BRD 1976

Quelle: Statistisches Bundesamt (57)

durch die alleinige Beachtung der absoluten Zahlen, während doch nur die altersspezifische Suizidrate wirklich aussagekräftig ist, und z.T. sind die Beobachtungszeiträume zu kurz, um zu einer stichhaltigen Tendenzaussage kommen zu können. Außerdem entsteht möglicherweise bei der Rezeption der entsprechenden amerikanischen Literatur der Eindruck, daß es sich bei der fast dramatisch zu nennenden Zunahme der Suizidrate der Jugendlichen in den USA in den letzten 15 Jahren um ein ubiquitäres Phänomen handelt. Zwischen 1961 und 1975 stieg die allgemeine Suizidrate in den USA um 22,1%, während die Steigerung bei den 10-15 Jährigen 150% betrug, bei den 15-19 Jährigen 124% und bei den 20-24 Jährigen 132% (160,161). In Westdeutschland betrug die Zunahme der Suizidraten zwischen 1960 und 1975 bei den Männern 5,7% und bei den Frauen 9,8%, bei den jüngeren Altersgruppen findet man im gleichen Zeitraum folgende Veränderungen: +14,3% (10-15 J.♂), +5,2% (15-20 J.♂), +20% (10-15 J.♀) und -14,2% (15-20 J.♀) (57). Weder in der Gesamtsteigerung der Suizidrate noch in der Verschiebung zu den jüngeren Altersgruppen ist also ein Vergleich mit den USA möglich.

Bei den Suiziden der 5-10 Jährigen sind für die BRD überhaupt keine wesentlichen Veränderungen erkennbar: 1949 bis 1976 gab es jährlich im Durchschnitt 1,25 Suizide in dieser Altersgruppe (57). Maximal waren es 3 Suizide im Jahr, häufig auch gar keine wie etwa 1976. Um die Relation der Suizidraten der Kinder und Jugendlichen im Vergleich zu denen der anderen Altersgruppen wiederzugeben, ist in Abb.4 die Verteilung der Suizide nach dem Alter im Jahre 1976 wiedergegeben.

Mit dieser Darstellung soll der Suizid im Alter von 10-15 Jahren aber nicht bagatellisiert werden, denn in der Reihenfolge der Todesursachen in dieser Altersgruppe steht der Suizid an 6.Stelle (55), und

der Suizid eines Kindes ist für die Angehörigen natürlich immer etwas besonders Tragisches, aber im wesentlichen ist der Suizid eben doch ein Problem der höheren Altersgruppen (siehe auch 6,34,78,99,299,353,362).

1.3.2. Statistische Daten über Suizidversuche bei Kindern und Jugendlichen

Die schon bei der Suizidstatistik genannten Probleme der Erfassung sind bei der Statistik der Suizidversuche noch viel gravierender. Bis 1965 führte das Bundeskriminalamt eine Statistik über Suizidversuche. Seitdem wurden nur in einzelnen Bundesländern und Städten z.T. nur vorübergehend Suizidversuche statistisch erfaßt.

Wie ungenau diese Statistiken sind, sollen drei Beispiele illustrieren: LUNGERSHAUSEN fand bei einer Analyse der offiziellen Statistiken über suizidale Handlungen von Schülern in Nordrhein-Westfalen in den Jahren 1958-64 ein Verhältnis zwischen Suizid und Suizidversuch von 1:1,7 entsprechend einer Suizid- bzw. Suizidversuchsrate von 1,8 bzw. 2,9; die tatsächliche Häufigkeit von Suizidversuchen unter Schülern schätzt er aber zehnmal höher auf etwa 29/100'000 (217).

In der Univ.-Nervenklinik Köln wurden 1966 557 in Köln wohnende Patienten wegen eines Suizidversuchs behandelt, während die amtliche Statistik der Stadt Köln insgesamt nur 317 Suizidversuche im gleichen Jahr registriert (34).

M.S.MC INTIRE und C.R.ANGLE berichten von einer Untersuchung über das Patientengut zweier amerikanischer Entgiftungszentralen, die bei 50 ihrer jüngsten Patienten im Alter zwischen 6 und 18 Jahren zu 52% Unfälle fanden und zu 48% SV. Bei einer genaueren Nachuntersuchung durch speziell geschulte Sozialarbeiterin-

nen fanden sich aber unter den Diagnosen nur 4% akzidentelle Vergiftungen aber 70% "suicidal gesture's" und 2% Suizidversuche im engeren Sinn. 22% waren absichtliche Intoxikationen in Art eines mehr spielerisch-experimentellen 'trips' (232).

Diese Diskrepanzen können nicht überraschen, da schon die Definition des Suizidversuchs schwierig ist. Bei den wenigsten Suizidversuchen wird ja im eigentlichen Sinne des Wortes versucht, sich zu töten, sondern häufig steht der Appellcharakter (346,353) oder der Wunsch nach Rückzug, Schlaf und Vergessen im Sinne eines "Todes auf Zeit" (218) ganz im Vordergrund. FEUERLEIN spricht in diesen Fällen von parasuizidalen Handlungen und trennt sie begrifflich vom Suizidversuch (104), ähnlich wie KESSEL, der dann nur mehr den Begriff 'self-poisoning' gelten läßt (174). Bei Kindern und Jugendlichen ist die suizidale Intentionalität noch schwerer zu beurteilen (s.Kap.1.5.2.) und in den seltensten Fällen eindeutig (s.Kap.4.2.5.).

In der Praxis sollte man, STENGEL folgend, alle gefährlichen (Tabletten)-Selbstvergiftungen als Suizidversuch betrachten (353), jedenfalls bei Kindern über 8 Jahren, denn wie die australische Kinderpsychiaterin H.M.CONNELL mit Recht feststellt, "it would seem unlikely that a child of this age would take a overdose without intent to harm himself" (69,S.68).

Die Dunkelziffer, die bei Kindern und Jugendlichen auf das 10 (217) bis 100-fache (167) der offiziell bekannten Zahlen geschätzt wurde, wird aber selbst bei Anwendung einer solchen Betrachtungsweise und bei Einführung einer exakteren Registrierung in der Klinik erheblich bleiben, denn bei einer Untersuchung in Sheffield konnten PARKIN und STENGEL zeigen, daß 24% der SV-Fälle, die von Praktischen Ärzten erstbehandelt wurden, nicht in ein Krankenhaus überwiesen wurden. Wie viele überhaupt keinen

Arzt aufsuchten, ist unbekannt (279). Bei Suizidversuchen von Kindern kommt hinzu, "daß Suizidhandlungen, die das Leben nicht unmittelbar bedrohen, von den Familien möglichst verschwiegen werden" (140, S. 492; ebenso auch 220, 215).

Statistiken über Suizidversuche von Kindern und Jugendlichen können also höchstens eine vielleicht größenordnungsmäßig richtige Vorstellung über die Häufigkeit der klinisch auffälligeren Patienten mit suizidalen Handlungen geben und über deren Anteil an den Suizidversuchen aller Altersgruppen. Aber selbst ob das möglich ist, bleibt fraglich angesichts von Schätzungen die das Verhältnis Suizid zu Suizidversuch bei Kindern und Jugendlichen mit 1:8-10 (263) bis 1:120 (386) angeben.

In der Untersuchung von F. BÖCKER, die von der Breite des statistischen Materials her gesehen wohl eine der fundiertesten deutschsprachigen Arbeiten zu diesem Problem ist, fand sich in Köln bei den 10-15 Jährigen zwischen 1950 und 1967 eine altersspezifische Suizidversuchsrate von 7 bei den Jungen und von 20 bei den Mädchen. Das Verhältnis Suizid/Suizidversuch betrug bei den Jungen 1:25 und bei den Mädchen 1:50. In keiner anderen Altersgruppe war der Anteil der Suizidversuche gegenüber den Suiziden so hoch wie in dieser (34).

Die von BÖCKER genannten Zahlen sind deshalb so wichtig, weil seine Arbeit den Anspruch erhebt, einer Totalerhebung für das Suizidgeschehen im Raum Köln in den Jahren 1950 bis 1967 zumindest sehr nahe zu kommen und damit auf keine extrapolierenden Schätzungen angewiesen zu sein. Neben den bereits weiter oben gemachten Einwänden gegen die Möglichkeit einer vollständigen Erfassung von Suizidversuchen, muß die Exaktheit seiner Zahlen gerade für Kinder und Jugendliche noch aus einem anderen Grund angezweifelt werden.

BÖCKERS Zahlen beziehen sich auf das Patientengut der

Univ.Nervenklinik Köln in der vereinbarungsgemäß alle Patienten mit Suizidversuchen aus dem Raum Köln eingeliefert werden sollten. Unter seinen Patienten sind aber nur 16% unter 21 Jahren, während OTT, wenn auch an einer viel kleineren Gesamtzahl, in einem Allgemeinkrankenhaus bei der gleichen Altersgruppe einen Anteil von 45% am Gesamtkollektiv fand. Diese Diskrepanz interpretiert OTT wohl mit Recht dahingehend, daß "zweifellos unter den erstbehandelnden Ärzten (Hausarzt, Internist, Chirurg) die Tendenz besteht, dem jugendlichen Selbstmordkandidaten die Nervenklinik zu 'ersparen'" (271, S.1546). Ähnliches gilt für die Untersuchung von BÖHME und Mitarbeitern an der Nervenklinik Lübeck. Auch bei dieser Arbeit, die sich auf den Zeitraum von 1947 bis 1968 erstreckt, und die von den Autoren ebenfalls als Totalerhebung angesehen wird, erscheint der Anteil der 10-19 Jährigen am Gesamtkollektiv mit 13% ziemlich niedrig zu sein (36).

Um die SV-Rate verschiedener Altersgruppen zu vergleichen, geben wir in Abb.5 noch die Ergebnisse von BÖCKER wieder, der als einziger Autor einer annähernd repräsentativen Untersuchung (Einschränkung s.oben) die Altersgruppe der 10-15 Jährigen getrennt aufführt. Bei dieser Einteilung nach 'biologischen' Altersstufen ist der kontinuierliche Rückgang der SV-Häufigkeit mit dem Alter, der allgemein bekannt ist (8,33,271,299,404) ganz offensichtlich. Die 10-15 Jährigen nehmen aber insofern eine Sonderstellung ein, als sie entgegen dieser Tendenz die niedrigste SV-Rate aller Alterstufen haben. Bei keiner anderen Gruppe ist auch die Veränderung zu nächsthöheren Altersgruppe so groß wie in dieser. Dieser starke Anstieg der Suizidversuche nach dem 14.-16.Lebensjahr wird auch sonst noch häufig in der Literatur beschrieben (8,17,29,47,110,122,271,367,404).

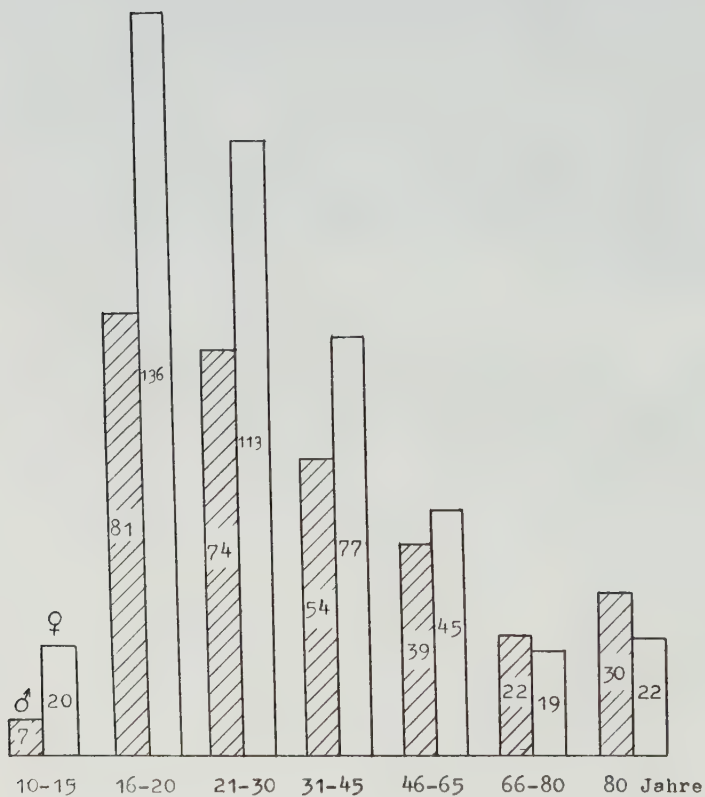


Abb.5: Zahl der Suizidversuche auf 100'000 Einwohner des gleichen Geschlechts und der gleichen Altersgruppe im Raum Köln zwischen 1950 und 1967

Quelle: Nach F.BÖCKER (34,Abb.3)

Aus der Untersuchung von BÖCKER läßt sich, wie aus den meisten anderen Untersuchungen (1,36,96,271,299,353,399,404,407,418) erkennen, daß beim Suizidversuch in fast allen Altersgruppen das weibliche Geschlecht deutlich überwiegt. Bei Kindern und Jugendlichen mit Suizidversuchen werden die Relationen zwischen weiblichen und männlichen Patienten mit 6,4:1 (404) bis 1,7:1 (324) angegeben.

In einigen Arbeiten wird aber betont, daß in der Kindheit und in der beginnenden Pubertät die Jungen häufiger Suizidversuche begehen als Mädchen (2,211,223,301).

Am Schluß dieses Kapitels soll noch kurz die Frage behandelt werden, inwieweit die allgemein verbreitete Meinung zutrifft, daß Suizidversuche von Kindern und Jugendlichen im Zunehmen begriffen sind. Hierbei müssen die Vorbehalte gegenüber einem Vergleich von Suizidversuchsraten über längere Zeiträume hinweg noch viel stärker beachtet werden als bei den Suiziden.(s.o.). Für die hier interessierende Altersgruppe der 10-15 Jährigen fanden sich nur in der Untersuchung von BÖCKER Angaben über die Entwicklung der SV-Rate in größeren Zeiträumen. Von 1950 bis 1967 stieg in Köln die SV-Rate der Mädchen ziemlich kontinuierlich von etwa 2 bis 3 auf etwa 37 bis 38, während die SV-Rate der Jungen bis 1958 von 2 auf etwa 9 anstieg, um dann mit nur geringfügigen Schwankungen nach unten etwa auf diesem Niveau zu bleiben. Die durchschnittliche SV-Rate aller Altersgruppen stieg ebenfalls deutlich an, aber keine andere Altersgruppe hatte eine so starke absolute Steigerung wie die 16-20 Jährigen (Abb.6;34). Über eine allgemein steigende Tendenz der Suizidversuche berichtet auch BÖHME aus Lübeck für die Jahre 1949-1968 (36) und WELZ aus Mannheim für den Zeitraum 1966-1975 (404).

Zahl/100'000

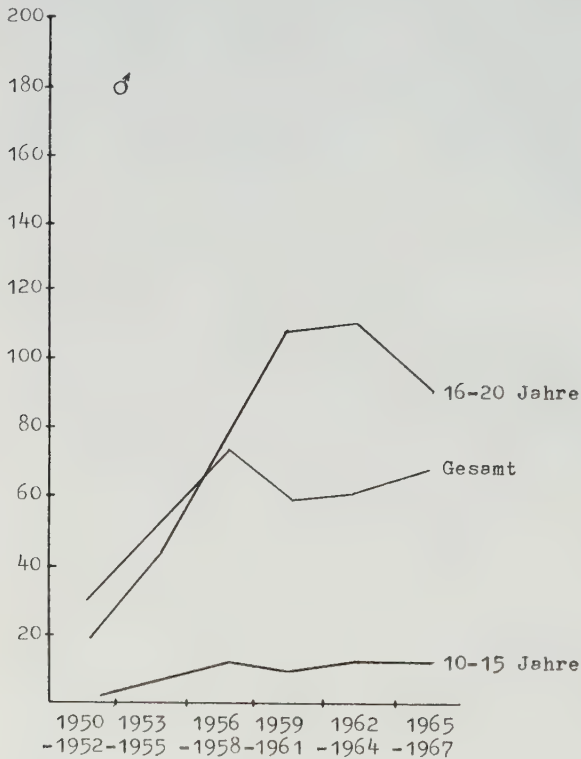


Abb.6a: Veränderungen der geschlechtsspezifischen Suizidversuchsraten bei Kindern und Jugendlichen und im Gesamtkollektiv zwischen 1950 und 1967 im Raum Köln (männliche Patienten)
Quelle: Nach F.BÖCKER (34, Abb.6)

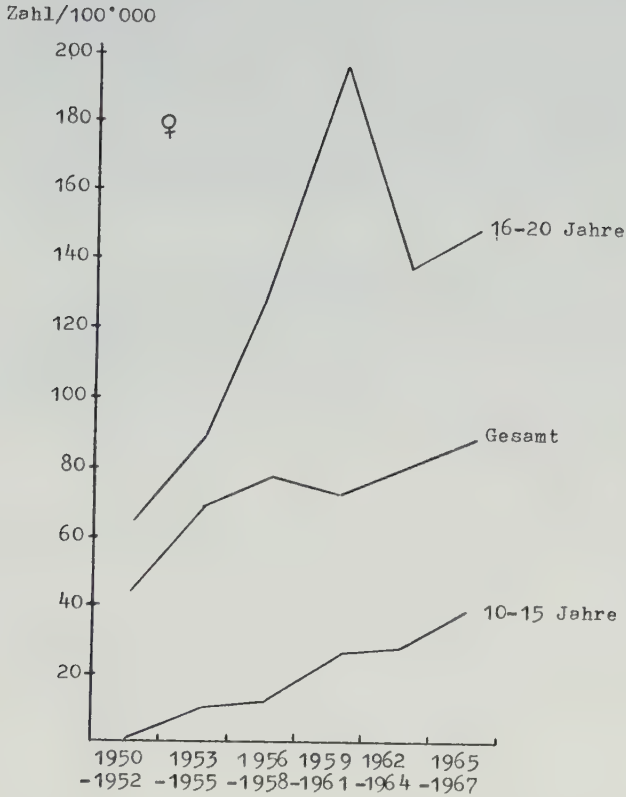


Abb.6b: Veränderungen der geschlechtsspezifischen Suizidversuchsraten bei Kindern und Jugendlichen und im Gesamtkollektiv zwischen 1950 und 1967 im Raum Köln (weibliche Patienten)
Quelle: Nach F.BÖCKER (34, Abb.7)

Dieser Trend zur Steigerung der SV-Rate läßt sich in fast allen Ländern der westlichen Welt feststellen, ebenso wie die Verschiebung des Schwerpunktes zu immer jüngeren Altersgruppen (399,400,407). In der Studie von WEISSMANN, der über 26 Einzeluntersuchungen aus den Jahren 1960-1971 aus 6 Ländern referiert, fand sich die höchste SV-Rate in der Altersgruppe von 10-24 Jahren (400), während STENGEL für die fünfziger Jahre den Schwerpunkt noch zwischen 24 und 44 angibt (353). In der Anschlußstudie von WEXLER für die Jahre 1970-1975 wurde keine wesentliche Zunahme der allgemeinen SV-Rate festgestellt; der Trend zu den jüngeren Jahrgängen hielt aber an. In seiner Yale-New Haven-Studie waren die unter 21 Jährigen mit 36% der Fälle 1975 erstmals die am stärksten vertretene Altersgruppe, während sie 1970 nur zu 25% beteiligt waren, wobei verfälschende Einflüsse durch Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung weitgehend ausgeschlossen waren (407).

Zusammenfassend kann man sagen, daß im Unterschied zu den Suiziden bei den Suizidversuchen ein allgemein steigender Trend vorliegt mit immer stärkerer Beteiligung jüngerer Altersgruppen. Bei den Jugendlichen ist aber die Altersgruppe der 16-20 Jährigen quantitativ so dominierend, daß die absolute Steigerung der Suizidversuche von Jugendlichen im wesentlichen durch sie verursacht wird. Über die Entwicklung bei den 10-15 Jährigen liegt aber viel weniger Material vor, da die meisten Untersucher sich nur pauschal auf die Gruppe der unter 18-21 Jährigen beziehen. Die von BÖCKER beobachtete Zunahme der SV-Rate um das 12-19 fache bei den 10-15 jährigen Mädchen in 17 Jahren läßt aber befürchten, daß die relative Steigerung in dieser Altersgruppe zumindest bei den Mädchen auch allgemein sehr groß ist.

1.4. Allgemeine Theorien suizidalen Verhaltens

Dieses Kapitel kann im Rahmen unserer Arbeit nur kursorischen Charakter haben. Es scheint aber sinnvoll, die wichtigsten Denk- und Forschungsansätze der Suizidologie kurz zu skizzieren, um die Besonderheiten kindlicher und jugendlicher Suizidalität im größeren Kontext einordnen zu können.

Eine genetische Determinierung der Suizidalität ist seit PINEL und ESQUIROL immer wieder behauptet worden (38,83), und GAUPP gründete auf dieser Hypothese sogar seine Forderung nach eugenischen Maßnahmen (123). Die empirischen Untersuchungen zu dieser Frage erbrachten aber keine Anhaltspunkte für eine Heredität der Suizidalität (136,148,170). Häufungen von Suiziden in einer Familie können viel plausibler durch das Vorkommen psychischer Alterationen, die sowohl eine hereditäre Komponente wie auch eine Disposition zum Suizid erkennen lassen (83,296,385), und durch den Einfluß von Suggestion (247,285) und Imitation (290) erklärt werden. Der von M.BLEULER geprägte Begriff der "sozialen Vererbung" (32) trifft diesen Sachverhalt wohl am besten.

Man hat auch versucht somatisch-biochemische Korrelate für suizidales Verhalten zu finden; zum Teil mit dem Ziel die aktuelle Suizidgefährdung durch biochemische Tests objektivierbar zu machen (58). Dabei wurden erhöhte Konzentrationen von Corticosteroidmetaboliten im Urin und im Plasma suizidaler Patienten gefunden (59,112,184), wie auch erniedrigte Werte von 5-Hydroxytryptamin und 5-Hydroxyindolessigsäure im Gehirn und im Liquor (11,71,206) und eine erniedrigte Monoamin-Oxydasen-Aktivität in Kombination mit EEG-Auffälligkeiten (52). Das sind aber alles Indikatoren

für allgemeinen Stress oder für endogene Psychosen, so daß eine Suizidspezifität, abgesehen von den methodischen Schwierigkeiten (25), nicht bewiesen ist.

In der psychiatrisch orientierten Suizidforschung sieht man Suizidhandlungen überwiegend als Symptome von psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen (34), die wie Psychosen, Alkoholismus, Depressionen, Neurosen und Psychopathien bei suizidalen Patienten häufig zu finden sind (34,105,135,288,345,353,354), wodurch impliziert wird, die psychische Grundstörung sei primär kausal für die Suizidalität.

E.RINGEL hat versucht für die Suizidalität bei den verschiedenen psychischen Alterationen einen gemeinsamen Nenner in Form des präsuizidalen Syndroms zu finden, das er durch die Trias situationale und dynamische Einengung, Aggressionsumkehr und Selbstmordphantasien charakterisiert (297,299). Problematisch dabei ist, daß viele Patienten mit dieser Symptomatik nicht suizidal werden (z.B.endogen Depressive;s.d.363,385), während andere vor der Suizidhandlung keine besonderen Auffälligkeiten zeigen (202,203,326).

Die Psychoanalyse suchte deshalb in der unbewußten Psychodynamik die gemeinsame Wurzel suizidalen Verhaltens. Dabei wurde die gegen ein introjiziertes Objekt gerichtete Aggressivität (102,117,294,309,352), der Todestrieb (118,235) oder in neuerer Zeit eine narzißtische Persönlichkeitsstörung (156,157) zur Erklärung der Suizidalität herangezogen. Auf Grund der mangelhaften Operationalisierbarkeit psychoanalytischer Begriffe ist eine empirische Verifikation oder Falsifikation aber schwierig (43).

POHLMEIER versuchte die Schwierigkeiten der verschiedenen nosologischen Begriffsbildungen dadurch zu umgehen, daß er den depressiven Affekt im weitesten Sinn als

Hintergrund für Suizidalität auffaßt (290). Diese Generalisierung deckt sicher weite Bereiche suizidalen Handelns ab, aber man muß dann die Frage nach dem Erklärungswert dieser Theorie aufwerfen, denn Depressivität kann sowohl selbst kausal wirken wie auch nur Symptom einer anderen Grundstörung sein.

Von der lerntheoretisch orientierten Psychologie wird in neuester Zeit depressives und suizidales Verhalten als erlernte Konfliktlösungsstrategie interpretiert (158). Die betroffenen Menschen haben gelernt auf Stress mit Vermeidungsstrategien und "gelernter Hilflosigkeit" (331) zu reagieren, und im Extremfall bleibt nur mehr die Suizidhandlung als letzter Ausweg übrig.

In der klassischen soziologischen Suizidforschung, die von DURKHEIM schon im vorigen Jahrhundert begründet worden ist (86), wird vom einzelnen suizidalen Individuum abstrahiert und nur die Beziehung zwischen Suizidraten und soziologischen Parametern wie Scheidungsraten, Bevölkerungsdichte, Lebensstandard, Familiengröße und religiösen Bindungen der Bevölkerung analysiert. Eine mangelnde integrative und normative Kraft der Gesellschaft ("Anomie" 86), soziale Desorganisation in einem umschriebenen Gebiet (14,310), familiäre Desintegration (409) und soziale Isolation (197, 246) wurden als entscheidende Faktoren für hohe Suizidraten herausgearbeitet. Daraus läßt sich allerdings nicht ableiten, ob ein Individuum auf Grund seiner sozialen Situation suizidgefährdet ist oder nicht (zur Problematik des ökologischen Fehlschlusses siehe 39, 404).

Unter sozialpsychiatrischem Aspekt untersucht man deshalb die Häufigkeit potentiell suizidbegünstigender sozialer Faktoren bei suizidalen Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung. Ob aber die dabei gefundenen

signifikanten Häufungen etwa von Unterschichtpatienten (166,353) oder Geschiedenen (34,36) wirklich kausal für die Suizidalität sind, muß offen bleiben, denn diese Häufungen können auch die Folge von primären Persönlichkeitseigenschaften sein, die gleichzeitig auch zur Suizidalität disponieren (34,44).

1.5. Besonderheiten suizidalen Handelns bei Kindern und Jugendlichen

1.5.1. Todesvorstellungen bei Kindern und Jugendlichen

"Kind und Sterben, Kind und Tod sind seit je eigentlich ein Widerspruch" (22,S.1441) und deshalb wird auch dem Fühlen und Denken des Kindes ein innerer Bezug zum Tod abgesprochen. E.SPRANGER schreibt: "Der Tod als solcher wird von dem Kind gar nicht verstanden, weil es am Bewußtsein fehlt, seine Bedeutung wird selbst dann nicht verstanden, wenn es um das eigene Sterben geht. Kinder sterben leicht" (349).

Daher kann man zu Recht mit F.FICKER fragen, inwieweit man bei Kindern, jedenfalls bei jüngeren, überhaupt von Suizid sprechen könne, da das Wissen um den Tod und um die Frage der eigenen Existenz oder Nichtexistenz so gering ist (110). Dem ist aber einerseits mit dem Hinweis auf eine für den Suizid durchaus ausreichende Todesvorstellung auch bei jüngeren Kindern widersprochen worden (10,80), und andererseits muß man sich fragen, inwieweit der erwachsene Suizidant im Augenblick der Tat das Todesproblem rational reflektiert und frei entscheidet. Dazu müßten diese Erwachsenen ein geradezu philosophisches Reflektionsniveau haben, denn selbst in entspannten Situationen und bei psychisch Gesunden stellt sich die von GADAMER formulierte Frage: "Weiß irgendjemand von uns, was er weiß, wenn er weiß, daß

er sterben muß? Ist unser Fragen nach dem Tod nicht immer und notwendig ein Verdecken dessen, was man weiß, ein Verdecken von etwas Udenkbaren, dem Nicht-Sein?" (121)

In der Situation des Suizids mit dem stark eingeengten Erkenntnisvermögen, dem Affektsturm und den regressiven Phantasien, in denen der Tod Ruhe, Erlösung ja Sieg bedeuten kann (s.a.Kap.1.5.3.), ist eine rationale Erfassung der Todesproblematik erst Recht nur mehr in sehr begrenztem Umfang möglich. LINDEN fand bei vielen seiner erwachsenen Suizidpatienten ein völliges Fehlen von Überlegungen zur Todesproblematik vor und während des Suizidversuchs. Wenn Todesvorstellungen überhaupt vorhanden waren, dann nur in bezug auf die Auswirkungen des eigenen Todes auf die Umwelt; oder der Tod wurde ausschließlich mit Flucht und unendlicher Ruhe in Verbindung gebracht (202). Diese fehlende Auseinandersetzung mit der Realität des eigenen Todes findet sich nicht nur bei demonstrativen oder ambivalenten Suizidversuchen, sondern auch bei Suizidversuchen, die den Tod eindeutig intendieren, "da selbst diese es vermeiden ihr einziges Ziel anzublicken, und auch sie die 'Brücke zum Jenseitigen' sozusagen 'mit nach hinten gewendetem Kopf' betreten" (180). Trotzdem wird man aber schon aus praktisch-klinischen Gründen dem Handeln dieser Patienten den suizidalen Charakter nicht absprechen können, und deshalb ist es nicht einzusehen, warum man bei Kindern anders verfahren sollte.

Das unterschiedliche Verhältnis zum Tod bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ist nicht so sehr für die Bewertung der eigentlichen Tat relevant, als vielmehr für die Entwicklung zum Suizid hin. Kinder und Jugendliche müssen nicht erst wie die Erwachsenen ein präsuizidales Syndrom durchlaufen, um zu jener affektiven, apperzeptiven und sozialen Einengung mit anschließenden

aktiven und später passiven Selbstmordphantasien zu kommen, die diese regressive Verleugnung der Todesrealität möglich machen, sie sind einfach im Zuge ihrer normalen Entwicklung, natürlich mit entsprechenden Modifikationen, schon an jenem Punkt der Relativierung und des Nichtwahrnehmens der Problematik des eigenen Todes, zu dem Erwachsene erst nach einem längeren pathologischen Entwicklungsprozeß gelangen. Das ist eines der Momente, warum das präsuizidale Syndrom, wie es RINGEL beschrieben hat, bei der Suizidalität von Kindern und Jugendlichen nur von untergeordneter Bedeutung ist (s.dazu vor allem Kap.4.2.5.).

Die Veränderung der emotionalen und intellektuellen Einstellung zum Tod im Laufe des kindlichen Entwicklungsprozesses ist dabei aber so sehr von sozio-kulturellen und individuellen Faktoren abhängig (85,139, 230,256,355), daß generalisierende Aussagen mit festen Altersangaben nur schwer möglich sind.

Schon die Frage, ob es bei Kindern eine latente, genuine Todesangst gibt (393) oder nur eine sich langsam entwickelnde, durch konkrete Erlebnisse beeinflusste Angst (156,355) ist umstritten. Die meisten Autoren nehmen an, daß Kinder bis zum 5.-6.Lebensjahr keine wesentliche affektive oder intellektuelle Beziehung zum Tod entwickeln (85,191). Ähnlich wie bei Naturvölkern können z.B. tote Gegenstände wie Puppen in magisch-anthropomorphem Welterleben (251,355) als belebt angesehen werden.

Zwischen dem 6. und 11.Lebensjahr nimmt das Interesse an mit dem Tod zusammenhängenden Fragen zu, und die Ängste vor dem Tod und das intellektuelle Verstehen beginnen sich zunehmend zu entwickeln (156,230,355,393). Der Tod wird aber mehr wegen der Assoziation mit Trennung, Dunkelheit, Grab oder Bewegungslosigkeit gefürchtet (23,124,393), und die Unausweichlichkeit des eige-

nen Todes und seiner Irreversibilität wird dabei nicht richtig erfaßt (23,124,130,162). "Dem Kind bedeutet tot sein nicht sehr viel mehr als fort sein" (113,S.74, ebenso 119), so daß der Entschluß zur Suizidhandlung dem Kind sehr leicht fällt, soweit diese als Möglichkeit überhaupt im Gesichtsfeld des Kindes liegt, da nicht wie beim Erwachsenen die Angst vor dem realen Tod im Rahmen einer längeren Entwicklung verdrängt werden muß. Bei der Trivialität der kindlichen Todesvorstellung kann dann auch die Trivialität des Suizidanlasses nicht mehr überraschen (130).

Mit dem Beginn der Pubertät erkennen die Kinder den Tod rational zwar als irreversible, unausweichliche Tatsache an, aber für viele Kinder und Jugendliche hat diese Erkenntnis keine adäquate affektive Bedeutung, da sie sich in ihren pubertären Allmachtsphantasien von der Todesproblematik persönlich nicht betroffen fühlen (40). MC INTIRE et al. fanden in ihrer Untersuchung sogar, daß in zwei unausgelesenen Gruppen von jugendlichen Krankenhauspatienten und von Schülern nur 20% der 13 bis 16 Jährigen fähig waren, den Tod für sich persönlich und nicht nur für andere in vollem Umfang als völliges Ende des Lebens zu realisieren (230). Bei einer anderen Untersuchung fand man ganz im Unterschied zu den mittleren und höheren Altersgruppen bei den 15 bis 25 Jährigen zu 93% keine oder nur ganz gelegentliche Gedanken an den Tod (237). Diese Konstellation von intellektueller Informiertheit über den Tod und damit auch über die Möglichkeit zu sterben bei gleichzeitiger emotionaler Indifferenz dem eigenen Tod gegenüber (191,319) schafft bei Adoleszenten eine Bereitschaft, ihr Leben aufs Spiel zu setzen (278,335), die noch weit stärker als bei den jüngeren Kindern zu Selbstschädigungen mit suizidalem Charakter disponiert (228,229). Hier

ist also nicht wie bei Erwachsenen eine schwere psychische Alteration oder ein intensives Leiderleben notwendig, sondern die Entwertung des Todes allein entwertet auch das Leben. Hinzu kommt, daß gerade suizidale Jugendliche auf Grund der bei ihnen häufigen depressiv-narzißtischen Störungen dazu neigen, den eigenen Tod in der Phantasie in magischer Weise mit Allmacht über das eigene Schicksal und mit Sieg über alle Widrigkeiten zu verbinden (40,130,240,324).

Die in der westlichen Zivilisation heute übliche Tabuisierung des Sterbens und des Todes besonders in der Kindererziehung auf der einen Seite (100,130), und die Konsumierung eines massenhaften, unwirklichen Sterbens in den Western- und Krimifernsehfilmen auf der anderen Seite (130) fördert natürlich irreale Einstellungen zum Tod. Aber es ist im Gegensatz zu früheren Zeiten oder primitiven Gesellschaften (234) in einer Zivilisation, die Genuß, Gesundheit und Jugend als selbstverständliche Güter propagiert, schwer, Kinder und Jugendliche zu einer vernünftigen Haltung dem Tod gegenüber zu erziehen, obwohl MC INTIRE uneingeschränkt zuzustimmen ist, die in Anlehnung an FEIFEL (103) sagt, "that youthful integration of the prospect of death into the adolescent personality has the most profound implications for the individual's mastery of life" (230,S.531).

Anzumerken ist dazu noch, daß die Tendenz in der modernen Medizin den Tod nur als bedauerlichen Betriebsunfall einer ansonsten allmächtigen Wissenschaft zu betrachten (317), die Verdrängung des Todes in unserer Gesellschaft nur noch verstärkt. Eine Entwicklung, die nicht nur in Hinblick auf suizidale Patienten bedauerlich ist, sondern vor allem dem todkranken Patienten sein dann unvorbereitetes Sterben so schwer macht.

1.5.2. Suizidale Intentionalität und selbstdestruktives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen

In dem vorangegangenen Kapitel wurde gezeigt, wie die jeweils unterschiedliche Einstellung zum Tod bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zwar keine prinzipiell unterschiedliche Bewertung der suizidalen Tat selbst rechtfertigt, aber doch unterschiedliche Ausgangspositionen schafft. Aber auch die Tat selbst wird durch die spezifischen Eigenheiten der verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich akzentuiert.

Offen und direkt selbstdestruktives Verhalten ohne zumindest dem Patienten bewußte suizidale Intention kommt im Erwachsenenalter nur bei psychisch schwerst alterierten Menschen vor, wenn man von den sehr seltenen und in ihrer Echtheit umstrittenen, unbewußten Suizidversuchen absieht.

Bei jüngeren Kindern sind hingegen vor allem Vergiftungen, insbesondere mit Medikamenten, relativ häufig, ohne daß eine suizidale Absicht erkennbar ist. Die übliche Annahme, es würde sich dabei nur um ein einfaches Zusammentreffen von kindlichem Neugierverhalten, leichtem Zugang zu Medikamenten und mangelnder Aufsicht durch die Eltern handeln, erweist sich allerdings bei genauerer Betrachtung als unzureichend (173). Vergiftungen mit Medikamenten im Kindesalter zeigen nämlich keinen Zusammenhang mit allgemeiner Unfallneigung, gefährlicher Umgebung oder mangelnder Aufsicht (342,343), während chronisch familiäre Konfliktsituationen auffällig häufig sind (222,343). Insbesondere eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung bei psychisch und physisch erschöpften Müttern mit überbehütendem, aber emotional kühlem Erziehungsstil (334) provoziert ein Aufmerksamkeit erzwingendes kindliches Verhalten und zwar vor allem in der sehr wirksamen Form

der Selbstvergiftung (201,344).

Die Selbstvergiftung kann somit als letztlich absichtlich eingesetztes Mittel im Kampf des Kindes um Autonomie und mütterliche Zuwendung interpretiert werden (173,334,343). Neben dieser gestörten Mutter-Kind-Beziehung werden als weitere wichtige mitverursachende Faktoren häufiger Arbeitsplatzwechsel und Unfallneigung des Vaters (334), Vergiftungen und Unfälle bei den Geschwistern und in der Kindheit der Eltern (336), psychische Erkrankungen der Eltern und Imitation Tabletten konsumierender Erwachsener (173) angegeben. In der weiteren Entwicklung haben solche Vergiftungskinder signifikant häufiger Probleme mit Hyperaktivität, überaggressivem Verhalten und mangelnder sozialer Kooperationsfähigkeit, wobei aber die intellektuelle Leistungsfähigkeit und die übrige psychomotorische Entwicklung unauffällig ist, so daß Umwelteinflüsse als Ursache viel eher in Frage kommen als somatische Faktoren (222).

Da sich die zitierten Untersuchungen über kindliche Selbstvergiftungsfälle fast ausschließlich auf Vorschulkinder beziehen, kann man das beschriebene Verhalten nicht als suizidal bezeichnen, obwohl die Beziehung zu den Suizidversuchen älterer Kinder und Jugendlicher offensichtlich ist. Hier besteht ein Kontinuum selbstdestruktiven Verhaltens (220,229,240,324), das mit zunehmendem Alter und zunehmender Fähigkeit zu intentionalem Handeln über 'trips' und suizidale Gesten zu Suizidversuchen im engeren Sinn führt.

Bei der von MC INTIRE und ANGLE (229,232) herausgearbeiteten und auch in Deutschland beschriebenen (379) Gruppe der 'trips' oder 'kicks', die vor allem bei 6 bis 12 Jährigen in psychosozialen Konfliktsituationen anzutreffen sind, handelt es sich um eine im

Schwerpunkt wechselnde Kombination von Experimentierfreude, Imitation, Mutprobe, Gruppenritual (interessantes Beispiel bei 65), Reaktion auf akute und chronische Frustration und selbstdestruktiver Aggressionsabfuhr, ohne daß von den Kindern an einen Suizidversuch gedacht wird. Dieser Verhaltenstyp zeigt sowohl Beziehungen zum Drogenabusus Jugendlicher (379) wie auch zu den suizidalen Gesten.

Bei den (para)-suizidalen Gesten wird subjektiv ein tödlicher Ausgang entweder überhaupt nicht intendiert oder nur als vage Möglichkeit in Kauf genommen; die objektiven Umstände machen einen tödlichen Ausgang meistens ganz unwahrscheinlich (229,232,398). Die potentielle Beziehung ihrer Handlung zum Tod wird aber von den dann meistens schon älteren Kindern durchaus realisiert und als wirksamer Appell an die Umwelt eingesetzt (125,133). Dieser Typ des Suizidversuchs ist bei Kindern und Jugendlichen im Verhältnis zu den ernsthaften Suizidversuchen bei weitem am häufigsten (47,232,280), während bei den höheren Altersgruppen die Ernsthaftigkeit der Suizidversuche zunimmt (34).

Diese gleitenden Übergänge von wirklich akzidentellen Vergiftungen zu bewußt beabsichtigten, aber mehr spielerischen Vergiftungen und echten Suizidversuchen zusammen mit der objektiv oft geringen Gefährlichkeit dieser Handlungen verleitet dazu, solches Verhalten bei Kindern und Jugendlichen insgesamt nicht ernst zu nehmen, obwohl doch fast in jedem Fall die Selbstschädigung "ein sehr ernstes und ernstzunehmendes Notsignal" (266,S.187) darstellt und häufig mit dem Suizidversuch Erwachsener identisch ist oder doch zumindest ihm äquivalent ist. Die oft nicht klar erkennbare suizidale Intention ist auch keineswegs ein Zeichen für geringe Gefährlichkeit, da bei suizidalen Kindern und Jugendlichen oft allgemein eine gestörte Intentionalität mit

Verlust des Umweltbezuges zu finden ist, und da die daraus resultierenden ungebundenen Antriebe auch bei nichtigen Anlässen sich unkontrolliert (auto)-destruktiv auswirken können (207). Die suizidalen Jugendlichen selbst neigen dazu, ihren Suizidversuch als Selbstmordwette (80), Gottesurteil oder als russisches (263) oder pharmakologisches Roulette (231) zu sehen, was gut in das Bild der gestörten Intentionalität paßt.

Der größte Teil, der in diesem Abschnitt beschriebenen Typen selbstdestruktiver Akte im Kindes- und Jugendalter zeigt also wie bei den Todesvorstellungen eine unterschiedliche Akzentuierung, aber keinen prinzipiellen Unterschied zu den Suizidhandlungen bei Erwachsenen. Bei beiden Altersgruppen resultiert das selbstschädigende Verhalten in der Regel aus einer konfliktreichen psychosozialen Situation und dem offenen oder latenten Wunsch, durch die Tat diese Situation zu bessern oder ihr zu entfliehen mit dabei zum Teil unkalkulierbarem Risiko für Leben und Gesundheit, woraus sich für den Arzt die klinische Gleichwertigkeit kindlicher, jugendlicher und erwachsener Suizid- und Selbstschädigungshandlungen ergibt, auch wenn man sich nicht ganz der Meinung von Melanie KLEIN anschließen kann, die bei STERN zitiert wird: "Die kleineren und größeren Unfälle, die Kinder befallen, und die Verletzungen, die sie sich selbst zubringen, sind nach meinen Erfahrungen Selbstmordversuche, die mit untauglichen Mitteln unternommen sind" (175). BURROWS schreibt in bezug auf Selbstvergiftungen von Kindern und Jugendlichen "it is a desperate attempt to find a happier environment and therefore paradoxically represents a will to live rather than a wish to die" (60,S.507); ein Appell, der nicht mit dem Hinweis auf die im Vergleich zu Erwachsenen mangelnde suizidale 'Ernsthaftigkeit' abgetan werden sollte.

1.5.3. Art und Bedeutung psychischer Alterationen bei Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter

Bei Erwachsenen spielen Psychosen und Süchte im Bedingungsgefüge der Suizidalität wie oben erwähnt eine wichtige Rolle. BERNER und SONNECK geben in einer Literaturübersicht die Häufigkeit endogener Psychosen bei SV mit 10 bis 15% und bei Suizid mit 22 bis 40% an (24). HENSELER berichtet sogar von einer Psychosenrate von 30% bei Patienten mit SV (153).

Der Anteil von Süchtigen an Suizidversuchen wird mit 17% (213) bis 31% (137) angegeben. FEUERLEIN fand in der Altersgruppe der 15-65 Jährigen sogar bei etwa 50% der Patienten mit SV Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit (106).

Die übrigen Diagnosen verteilen sich je nach dem angewandten nosologischen Schema und dem Patientengut in ganz unterschiedlichen Prozentsätzen auf Neurosen, depressive Syndrome, primär abnorme Persönlichkeiten, abnorme Entwicklungen, abnorme Erlebnisreaktionen usw.. Eine statistische Vergleichbarkeit der Diagnosen dürfte aber gerade bei diesen Störungen sehr schwer möglich sein, weil die angewandten nosologischen Klassifikationen von Land zu Land ja von Klinik zu Klinik einfach zu verschieden sind (288).

Bei suizidalen Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren kommen dagegen Süchte und Psychosen ziemlich selten vor (63,138,140,147,168,171,220 u.s.Tab.4) und viele sind bei einer psychiatrischen Exploration weitgehend unauffällig (214 u.s.Tab.3). OTTO (275) z.B. gibt in einer speziell auf psychotisch-suizidale Kinder und Jugendliche ausgerichteten Studie den Anteil von psychotischen Patienten an einem Gesamtkollektiv von 484 Suizidanten unter 22 Jahren zwar mit 16,5% an, aber bis zum Alter von 14 Jahren war nur ein Kind psychotisch. Entspre-

chend fand HARTMANN (147) bei 100 Minderjährigen mit SV in 23% der Fälle eine Schizophrenie. Davon war aber keiner jünger als 16 Jahre. Höhere Psychoseraten in Untersuchungen über suizidale Jugendliche betreffen also fast ausschließlich ältere Patienten.

Das entspricht der Seltenheit von Psychosen im Kindes- und frühen Jugendalter überhaupt. EGGERS (87) gibt den Anteil von Patienten unter 14 Jahren an den Gesamterkrankungen an Schizophrenie mit 3% an. Dabei weist er auch darauf hin, daß schizophrene suizidale Kinder sich hoch signifikant in ihrer prämorbidem Charakterstruktur von nicht suizidalen schizophrenen Kindern unterscheiden. Die Psychose allein ist also auch bei suizidalen Kindern noch kein hinreichender Erklärungsgrund für ihre Suizidalität (329).

Bei affektiven Psychosen wird der Anteil von Patienten unter 20 Jahren an der Gesamtzahl klinisch behandelter affektiver Psychosen mit 0,36% angegeben; bei den Kindern sogar nur mit 0,06% (267).

Trotz dieser geringen Prävalenz manifester Psychosen wurde darauf hingewiesen, daß gerade bei suizidalen Kindern und Jugendlichen psychische Störungen sehr larviert verlaufen und erst durch eine eingehende Untersuchung aufgedeckt werden können (275). Insbesondere depressive Störungen im weitesten Sinne werden in den letzten Jahren als oft übersehene, aber wichtige Ursachen kindlicher und jugendlicher Suizidalität hervorgehoben (40,45,76,126,130,147,187, 219,220,223,225,231,240,249,260,261,263,267,272,275, 277,359,360,367,368,381,382,383,397).

Die Häufigkeit depressiver Syndrome wird bei suizidalen Kindern und Jugendlichen mit 30 bis 40% angegeben (223,275,368). Außerdem zeigen suizidale Patienten mit anderer Diagnose (z.B.Schizophrenie) präsuizidal häufig eine depressive Symptomatik (275).

Daß in älteren Veröffentlichungen der Depression als suizidogenem Faktor im Kindesalter und in der frühen Adoleszenz nur eine geringe Bedeutung zugemessen wurde (18,21,210,211,319), lag wohl an der Zugrundelegung eines engeren Depressionsbegriffs im Sinne der klassischen Erwachsenensymptomatik. Allerdings hat es auch in letzter Zeit Stimmen gegen eine Überbewertung der Depression bei der kindlichen Suizidalität gegeben (67).

Die depressive Symptomatik zeigt alters- und entwicklungsbedingte Abweichungen, die die Depression von Kindern und Jugendlichen larviert erscheinen läßt im Vergleich zu dem bei depressiven Erwachsenen gewohnten Bild. Nach NISSEN (261,265,267) äußert sich die Depression bei Schulkindern in Unsicherheit, Lernhemmung, Weinerlichkeit und genitalen Manipulationen. Mit zunehmendem Alter wird die depressive Symptomatik erwachsenenähnlicher mit Stimmungs labilität, Bedrücktheit, Minderwertigkeitsgefühlen, Appetitstörungen und Kopfschmerzen. Insgesamt gesehen dominieren bei den depressiven Zuständen Verhaltensstörungen gegenüber verbalen Äußerungen des depressiven Gefühls auf Grund der noch unzureichenden Verbalisationsfähigkeit in der Kindheit und in der frühen Adoleszenz (122,130,240,381,382,383), so daß der SV als Affektabfuhr bei depressiver Spannung (122,381,382,383), als letzte Möglichkeit zur Problemlösung (163,369) oder als verzweifelter Kommunikationsversuch (133,346) verstanden werden kann. In diesem Kontext der kindlichen und jugendlichen Depressivität und Suizidalität werden als Verhaltensstörung auch oft betont aggressives Verhalten (76,126,130,240,382,383) und Dissozialität (80,127,146,147,333,361,386) beschrieben, was nicht überraschen kann, da fast alle Autoren emotionale Deprivation und chronisch gestörte Familienverhältnisse als entscheidende Momente in der Genese sowohl depressiver wie auch suizidaler oder dissozialer Entwick-

Autor	Land	Patientenzahl	Alter in Jahren	geringer od.fehlender psychopath.Befund in %
Böcker 1973	BRD	180	10-15	40% ♂; 54,5% ♀ ;
Schwab 1975	BRD	157	10-18	40% tot.; 28% ♂; 46% ♀ ;
Bron 1976	BRD	91	14-25	33% tot.; 27% ♂; 39% ♀ ;
Siegel 1973	DDR	67	8-16	64,2%
Facy 1979	Frankreich	535	14-20	43%
Moch 1969	Frankreich	115	9-19	40% tot.; 25% ♂; 49,4% ♀;;
Nesnidalova 1968	CSSR	237	9-19	25,7%
Szymanska 1968	Polen	430	9-18	46,0%
Marek 1976	Polen	76*	8-18	82,9%
Otto 1967	Schweden	484	12-20	40,5%
Amir 1973	Israel	162	17	47% tot.; 39% ♂; 50% ♀ ;

Tab.3: Anteil geringer bzw. fehlender psychopathologischer Befunde (abnorme Erlebnisreaktionen, Entwicklungskrisen, psych.unauffällig etc.) bei suizidalen Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Untersuchungen

* nur vollendete Suizide

Autor	Land	Patientenzahl	Alter in Jahren	Psychosen in %	Hirnorganische Störungen in %
Böcker 1973	BRD	180	10-15	6% ♂ ; 0,8% ♀ ;	10% ♂ ; 9,2% ♀ ;
Bron 1976	BRD	91	14-25	9% ♂ ; 11% ♀ ;	1%
Schwab 1975	BRD	157	10-18	3,8% ;	-
Siegel 1973	DDR	67	8-16	1,5% ;	7,4%
Moch 1969	Frankreich	115	9-19	2,6%	1,7%
Cerny 1968	CSSR	-	10-14	3% ♂ ; 7,5% ♀ ;	7,5% ♂ ; 8% ♀ ;
Nagy 1968	Ungarn	32	9-17	0%	12,5% ;
Szymanska 1968	Polen	430	9-18	5%	4%
Marek 1976	Polen	76**	8-18	-	9,2%**
Mc Intire 1972	USA	1103*	6-18	2%	3%

Tab.4: Anteil von Psychosen und hirnorganisch bedingten Störungen bei suizidalen Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Untersuchungen

* einschließlich akzidenteller Vergiftungen

** nur vollendete Suizide-hirnorganische Störungen sind hierbei als pathologisch-anatomischer Befund zu verstehen

lungen sehen (s.Kap.1.5.4.).

Neben den Psychosen und depressiven Syndromen werden beim SV von Kindern und Jugendlichen wie bei Erwachsenen noch Psychopathien, Charakterneurosen, neurotische Entwicklungen, Entwicklungskrisen, abnorme Erlebnisreaktionen etc. beschrieben, wobei aber die Vergleichbarkeit der Begriffe bei verschiedenen Autoren eher noch geringer ist als bei den Erwachsenen, und die Untersuchungsergebnisse deshalb ein völlig widersprüchliches Bild bieten.

Den minimalen, cerebralen Dysfunktionen, manifesten Hirnschäden, Epilepsien und Oligophrenien wird von den meisten Autoren keine wesentliche Bedeutung für die Genese der Suizidalität zugemessen (163,221,242,266,374 u.s.Tab.4) und das Intelligenzniveau der Suizidanten ist eher normal (80,96,168,242,290,305,328,337,367,381) oder sogar überdurchschnittlich (45,192,333). Es gibt aber auch einige gegenteilige Meinungen (140,304,411), die möglicherweise durch selektionierende Faktoren bei der Überweisung suizidaler Kinder und Jugendlicher in kinderpsychiatrische Abteilungen entstehen können.

Mit der Pubertät kommt für die Jugendlichen ein weiterer Belastungsfaktor hinzu, der auf bestehende psychische und soziale Schwierigkeiten verschärfend wirken kann, "denn hypomanische und subdepressive Stimmungsausschläge von "himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt" können Bestandteile der normalen Pubertät sein", wobei "ein "Shift" von gehemmten zu aggressiven depressiven Verhaltenszuständen..... nicht selten beobachtet" wird (266,S.182). In dieser Entwicklungsphase ist auch das Auftreten von Selbstmordgedanken und -phantasien so häufig, daß man solche Ideen kaum als pathologisch ansehen kann (28,248,359,370,419). Einige Autoren weisen deshalb auch auf die Übereinstimmung der Zeichen des präsuizidalen Syndroms mit typischen Pubertätssymp-

tomen hin, da Einengung der Denkinhalte, Aggressionsumkehr und Suizidphantasien bei Pubertierenden keineswegs selten sind (177,248). Außerdem sind narzißtische Symptome mit Schwanken zwischen Minderwertigkeitsgefühlen und Selbstidealisierung und mit Realitätsverleugnung in der Pubertät ebenfalls ziemlich häufig, so daß die Suizidhandlung leicht zum letzten Abwehrmittel gegen überstark empfundene Kränkung werden kann (40,47, 73,126,194). Einige Autoren sehen die Suizidalität von Jugendlichen (47,48,194) und auch von Erwachsenen (154, 155) überhaupt mehr im Rahmen einer durch frühkindliche (Mikro-)Deprivation bedingten narzißtischen Störung des Selbstwertgefühls (s.a.Kap.4.2.3.).

Auf jeden Fall ist der Pubertätsproblematik als aggravierendem suizidogenem Faktor bei bestehenden chronischen oder akuten psychischen und sozialen Konflikten in der Adoleszenz große Bedeutung zuzumessen (122,144, 151,240,260,263,280,402,422). Die oft erschreckende Banalität der Suizidanlässe findet auf diesem Hintergrund eine gewisse Erklärung (47).

1.5.4. Deprivation und broken-home bei suizidalen Kindern und Jugendlichen

Deprivierenden Familienverhältnissen und dem broken-home in der Kindheit wird auch bei Erwachsenen für die Entstehung suizidaler Tendenzen eine große Bedeutung zugemessen (3,30,50,77,132,179,200,279). Einige Autoren halten aber einen kurz zurückliegenden Elternverlust bei suizidalen Erwachsenen für wichtiger als einen Elternverlust in der Kindheit (30,53,54).

Bei Kindern und Jugendlichen wird man aber wohl in jedem Fall dem Elternverlust oder der Deprivation im weiteren Sinn große Relevanz für die Suizidalität zusprechen, da sie ja natürlich psychisch und sozial viel stärker

ker und unmittelbarer dem Einfluß der Familie ausgesetzt sind als Erwachsene. Entsprechend viele Autoren berichten über den hohen Stellenwert gestörter Familienverhältnisse im Bedingungsgefüge kindlicher und jugendlicher Suizidalität (84,108,133,147,168,189,192, 269,304,337,383,386,391 und Tab.5).

Der dabei meist verwendete Begriff des broken-home wird aber bei fast jedem Autor anders definiert. Dabei lassen sich zwei Gruppen von Definitionen erkennen. Bei der einen Gruppe wird der Verlust eines oder beider Elternteile durch Tod, Scheidung oder auch vorübergehende Trennung unterhalb einer bestimmten Altersgrenze unabhängig von sonstigen Belastungen des familiären Klimas als entscheidendes Kriterium zugrunde gelegt (s.Tab.5), da sich broken-home so eindeutig operationalisieren läßt, und weil die Beziehung zwischen Elternverlust und Störungen der psychischen Entwicklung in der Literatur gut belegt ist, so etwa für psychischen Hospitalismus (348), depressive Störungen (49,265) und Dissozialität (147). Zumindest die beiden letztgenannten Störungen werden ja auch mit der Suizidalität in Verbindung gebracht (s.d.Kap.1.5.3.).

Da die Häufigkeit dieser Störungen aber zumindest genauso stark mit pathologischen Veränderungen des "innere(n) Milieu(s) der familiären Gruppe, unabhängig von der Zusammensetzung", (264,S.89) korreliert, hat eine andere Gruppe von Autoren den Begriff broken-home um Faktoren wie Psychosen und Süchte der Eltern, dissoziale Familienverhältnisse, ständige Streitigkeiten in der Familie etc. erweitert und eine ausgesprochen starke Häufung bei suizidalen Kindern und Jugendlichen festgestellt (12,47,64,80,109,110,126,147,215,219,242,280, 298,305,372,374,381,383). Teilweise werden dann aber auch an Stelle von broken-home Begriffe wie chaotic home (381), milieu dissocié (242) und Deprivation ge-

Autor	Land	Patientenzahl	Alter in Jahren	broken-home in % bei Suizidalität	broken-home in % b.Kontr.-Gruppen
Jacobs 1971	USA	50	14-18	76%	53%
Mc Intire 1973	USA	50*	6-17	64%	54%
Schneer 1961	USA	50	12-16	56%	57%
Schneer 1975	USA	95	12-16	70%	69%
Rohn 1977	USA	65	7-19	70%	-
Amir 1973	Israel	343	10-18	31,7%	-
Moch *** 1969	Frankreich	101	9-19	50%	-
Facy 1979	Frankreich	535	14-20	27%	-
Trube-Becker 1970	BRD	109**	10-21	69,7%	-

Tab.5: Anteil von Patienten aus broken-home-Verhältnissen an der Gesamtzahl suizidaler Kinder und Jugendlicher in verschiedenen Untersuchungen und entsprechender Anteil in nicht suizidalen Kontrollgruppen

* mit 3 akzidentellen Vergiftungsfällen

** nur vollendete Suizide

*** hier erweiterter broken-home-Begriff (zerrüttete Familien mit Psychosen, Süchten der Eltern oder chron.Streit etc.);ansonsten beziehen sich die Angaben nur auf broken-home mit Eltern-(teil-)verlust

Autor	Land	Patientenzahl	Alter in Jahren	broken-home in % bei Suizidalität	broken-home in % b. Kontr.-Gruppen
Schwab 1975	BRD	157	10-18	35%	-
Bron*** 1976	BRD	91	14-25	69%	-
Parnitzke 1973	DDR	354	13-20	40%	-
Ficker 1976	DDR	109	bis 16	55%	-
Ficker*** 1977	DDR	109	bis 16	70%	-
Szymanska 1968	Polen	430	9-18	47%	-
Szymanska*** 1968	Polen	430	9-18	74%	-

Tab.5: (Fortsetzung)

Anteil von Patienten aus broken-home-Verhältnissen an der Gesamtzahl suizidaler Kinder und Jugendlicher in verschiedenen Untersuchungen und entsprechender Anteil in nicht suizidalen Kontrollgruppen

*** Hier erweiterter broken-home-Begriff (zerrüttete Familien mit Psychosen, Süchten der Eltern oder chron. Streit etc.); ansonsten beziehen sich die Angaben nur auf broken-home mit Eltern-(teil-)verlust

braucht, oder es wird einfach von gestörten Familienverhältnissen gesprochen (z.B.147,215,u.a.).

Nun ist ein broken-home unabhängig von der Definition ein zwar tiefgreifender, aber keineswegs für Suizidalität typischer Störfaktor (108,109,146,147,163,299), und soweit nicht suizidale Vergleichsgruppen herangezogen wurden, war der Unterschied der broken-home-Häufigkeit meistens nicht besonders auffällig (223,227,333,350 u.Tab.5), so daß nach für Suizid spezifischeren Störungen gesucht wurde.

JACOBS fand in seiner sehr gründlich durchgeführten matched-pair Analyse den entscheidenden Unterschied zwischen suizidalen und nicht suizidalen Jugendlichen nicht in der einmaligen Trennung von einem Elternteil in der frühen Kindheit, sondern in der wiederholten Trennung während der ganzen Kindheit und vor allem in der beginnenden Adoleszenz. Damit war ein eskalationsartiger Verlust an Geborgenheitsgefühl, Vertrauen und Aussprachemöglichkeit verbunden, so daß nach erfolglosen Versuchen, die Situation durch Auflehnung, Weglaufen oder Rückzugsverhalten zu ändern, bei zusätzlichen Belastungen wie Schulschwierigkeiten oder Bruch einer Freundschaft nur der SV als letzter Ausweg übrig blieb (163,164,371,373,ähnlich auch 324).

Andere Autoren heben einen bestimmten elterlichen Verhaltensstil als besonders suizidogen hervor, der aus einer Kombination von strenger Führung bei zum Teil hohen Ansprüchen und geringer positiver emotionaler Zuwendung besteht (147,232,325,422). Oder es wird mehr auf eine chronische, latente oder offene Ablehnung des Kindes durch die Eltern hingewiesen, wodurch im Kind Aggressionen und Minderwertigkeits- und Schuldgefühle entstehen, aus denen schließlich der von den Eltern unbewußt gewollte Suizid des Kindes resultiert (63,130,189,308,325).

Es gibt auch Versuche ein charakteristisches intrafamiliäres Interaktionsmuster zu beschreiben, das Kinder und Jugendliche zum Suizid disponiert. So fanden WILLIAMS und LYONS (410) bei Familien mit suizidalen Kindern im Unterschied zu Familien mit nicht suizidalen Kindern signifikant häufiger einen nicht problemlösungsorientierten, ineffektiven, unflexiblen und unpersönlichen Kommunikationsstil mit geringer gegenseitiger Verstärkung, wobei vor allem der suizidale Jugendliche mehr negative Reaktionen erdulden mußte und nur durch auffälliges Verhalten positive Aufmerksamkeit erhalten konnte (ähnliche Gedanken bei 41,69,215,254,259,389). Daraus erklären die beiden Autoren dann die für suizidale Jugendliche als charakteristisch beschriebenen Kommunikationsstörungen und ihr rigides, inadäquates Problemlösungsverhalten (s.a.101,219,257,259,307,346,371,408).

2. PATIENTENGRUPPE UND METHODIK

2.1. Die Patientengruppe

Unsere Untersuchung umfaßt 51 Patienten der Kinderklinik und der Kinderchirurgischen Klinik der Universität Mainz. Diese 51 Patienten sind dort zwischen Juli 1968 und Juni 1978 wegen eines SV stationär behandelt worden. 34 Kinder waren Mädchen und 17 Jungen. Das Durchschnittsalter betrug 12 Jahre 11 Monate; das jüngste Kind war 8 Jahre alt und das älteste 14 Jahre 10 Monate. Anzumerken ist noch, daß die tatsächliche Zahl stationär behandelter Patienten mit SV im gleichen Zeitraum weit höher liegen dürfte, da viele suizidale Kinder unter der Diagnose Unfall oder Vergiftung registriert werden (s.d.a.Kap.1.3.1. und 1.5.2.).

2.2. Die Methodik

Zur Datenerhebung wurden in allen Fällen die pädiatrischen und kinderchirurgischen Krankenakten herangezogen. Bei 38 Patienten lagen zusätzlich die Ergebnisse der kinderpsychologischen Untersuchung vor, und in 8 Fällen waren im Rahmen der Nachbehandlung psychiatrische Krankenakten angelegt worden, die ebenfalls ausgewertet wurden. Im Zuge der katamnestischen Untersuchung, die Frau PAUKE am gleichen Patientengut durchgeführt hat (s.Kap.8.), konnten in 36 Fällen unter entsprechend kritischer Bewertung anamnestische, soziale und vereinzelt auch situationale Daten bei Eltern und/oder Patienten ergänzend erfragt werden.

Die Rohdaten wurden an Hand von 277 Items ausgewertet. Dabei gingen wir, um der multidimensionalen Bedingtheit menschlichen Verhaltens und Erlebens gerecht zu werden, in der vorliegenden Untersu-

chung von dem mit dem Begriff "Befindlichkeit" beschriebenen Diagnostikmodell (88,89,91,92) aus; da "dieser Ansatz eine gleichzeitig umfassende wie in sich differenzierbare Abklärung der verschiedenen Einflußfaktoren erlaubt" (92,S.19-20).

Die "Befindlichkeit" des Menschen wird dabei als Funktion sozialer, anamnestischer, situationaler, psychischer und somatischer Determinanten und ihrer Interdependenzen erfaßt. Entsprechend gliedert sich die Erfassung der Daten und die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse in diese fünf Merkmalsbereiche. Die Trennung in diese fünf Bereiche erfolgte dabei nicht unter der Annahme einer tatsächlichen Eigenständigkeit der Teilbereiche mit eindeutiger Abgrenzbarkeit, sondern aus heuristischen Gründen in Hinblick auf die Datenanalyse und die Darstellung der Ergebnisse.

Im psychischen Bereich wurden die untersuchten Merkmale und ihre Definitionen weitgehend aus der Arbeit von WOLFF (413) zur Operationalisierung sozialmedizinischer Forschungsansätze übernommen. Die dabei verwendeten Items sind im Anhang mit der Nummerierung aus der Arbeit dieses Autors versehen. Dort sind sie Teil eines umfassenden Diagnostikmodells.

In den anderen Bereichen wurden z.T. modifizierte Items aus einer anderen Arbeit zum Befindlichkeitsmodell (92) verwendet. Andere Merkmale wurden speziell für die vorliegende Arbeit formuliert und untersucht.

Bei insgesamt 277 Items hätte eine detaillierte Darstellung aller Ergebnisse den Rahmen dieser Arbeit bei weitem gesprengt. Deshalb wurden die relevanten Ergebnisse tabellarisch nach den Häufigkeitswerten der einzelnen Merkmalsausprägungen in einer Rangliste (analog K.HARTMANN (146)) dargestellt. Die Erläuterungen zu den Einzelitems und die entsprechenden Definitionen sind in

Kapitel 6.2. aufgeführt. Die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen wurden bei jedem Item mit dem Chi-Quadrat-Test auf statistische Signifikanz geprüft. *

* Für die statistische Beratung und Durchführung der Berechnungen sei Frau Dipl.Math.M.BUDENZ vom Institut für Med.Statistik und Dokumentation der Univ. Mainz an dieser Stelle noch einmal besonders gedankt.

3. ERGEBNISSE

3.1. Vorbemerkung

Bei der Darstellung der Ergebnisse in Ranglisten wurden aus Gründen der Übersicht Items, die sich als nicht relevant erwiesen hatten, weggelassen und nur im Anhang (s.Kap.6.1.) aufgeführt. Weiter wurden nicht alle Itemausprägungen aufgelistet, da z.B. durch die Angabe der stärksten und der geringsten Ausprägung in der Regel eine eindeutige Aussage möglich ist. Zur größeren Klarheit war es auch manchmal notwendig, Itemausprägungen zusammenzufassen, weil bei zu großer Zersplitterung oft keine Tendenzaussage mehr möglich ist. Die genauen Einzelausprägungen können dem Anhang entnommen werden.

Bei den prozentualen Häufigkeitsangaben wurde fast immer nur auf die Patienten (-zahl=n) Bezug genommen, von denen Angaben bei den entsprechenden Items vorlagen, da durch größere Prozentsätze von fehlenden Angaben die Rangreihe sonst stark verfälscht wird. Soweit es möglich war, wurde auch auf eine Subgruppenbildung verzichtet, um die Rangliste auf das Gesamtkollektiv beziehen zu können. Die wenigen Ausnahmen von diesen beiden Regeln sind immer besonders gekennzeichnet.

3.1.1. Rangreihe der anamnestischen Daten

Rang-Nr.	Item-Nr.	Kennworte	Ausprägung	Häufigk. in %	n
1	1.41.	Geschwisterzahl	1-2	62,8	51
2	1.45.	Deprivation	ja	62,0	50
3	1.47	Deprivierende Verhältnisse in den letzten 2 Jahren	ja	54,0	50
4	1.63.	Leistungstendenz bisher	abfallend	49,0	51
5	1.46.	Deprivierende Verhältnisse i.d.ersten 3 Lebensjahren	ja	46,7	45
6	1.43.	Stellung i.d.Geschwisterreihe	2.Kind	45,7	46
7	1.62.	Schulische Leistungen	schlecht	45,1	51
8	1.60.	Ständig Streit i.d.Familie	ja	42,0	50
9	1.58.	Süchte eines Elternteils	ja	34,7	49
10	1.59.	Körp.Gewalt als häufige Erziehungsmaßnahme	ja	34,7	49
11	1.8.	Patient war Risikogeburt	ja	32,7	49
12	1.43.	Stellung i.d.Geschwisterreihe	1.Kind	32,6	46
13	1.36.	Äußerung v.SM-Gedanken d. Familienmitglieder	ja	31,8	44
14	1.64.	Sitzengeblieben	ja	31,4	51
15	1.21.	Kindliche Verhaltensauffälligkeiten	ja	29,2	48
16	1.41.	Geschwisterzahl	3 u.mehr	27,5	51
17	1.53.	Verlust eines oder beider Elternteile	ja	27,4	51
18	1.15.	Auffälligkeiten des Spielverhaltens	ja	22,2	45
19	1.34.	Selbstmord o.Selbstmordversuch in der Kernfamilie	ja	21,7	46
20	1.43.	Stellung i.d.Geschwisterreihe	3.o.weit.K.	21,7	46
21	1.49.	Verlust nur des Vaters	ja	21,6	51
22	1.50.	Verlust des Vaters durch Trennung	Trennung	19,6	51
23	1.14.	Störung d.Sprachentwicklg.	ja	18,75	48
24	1.9.	Pathologische Auffälligg. i.d.Neugeb.-Periode	ja	18,4	49
25	1.61.	Einschulung d.Patienten	spät	18,0	50
26	1.53.	Verlust eines o.b.Eltern-teile erfolgte	v.d.7.Lj.	17,7	51

3.1.1. Rangreihe der anamnestischen Daten (Fortsetzung)

Rang-Nr.	Item-Nr.	Kennworte	Ausprägung	Häufigk. in %	n
27	1.16.	Kontr.v.Blasen u.Darm-entleerung	spät	17,7	51
28	1.44.	Geburt des Patienten	unehelich	17,7	51
29	1.7.	Patient war Risiko-schwangerschaft	ja	16,3	49
30	1.62.	Schul.Leistungen d.Pat.	gut	15,7	51
31	1.12.	Körperliche Retardierung i.d.Kleinkind-Periode	ja	14,6	48
32	1.23.	Weglaufen	ja	14,0	50
33	1.33.	Arztbesuch wegen psych. Störungen d.Patienten	ja	14,0	50
34	1.54.	Eltern mehr als 6 Monate abwesend v.d.7.Lj.	ja	14,0	50
35	1.16.	Kontr.v.Blasen u.Darm-entleerung	früh	13,7	51
36	1.5.	Selbstmord o.Selbstmordversuch b.Vorfahren d.Eltern	ja	12,5	40
37	1.35.	Selbstmord o.Selbstmordversuch i.Bekanntenkr.d.Pat.	ja	11,9	42
38	1.18.	Enuresis acquisita	ja	11,8	51
39	1.55.	Patient ist Stiefkind	ja	11,8	51
40	1.31.	Funktionelle Störungen	häufig	10,6	47
41	1.13.	Psychomot.Entwicklg.d.Pat.	verzögert	10,0	50
42	1.25.	Zentr.neurol.Erkrankung	ja	9,8	51
43	1.38.	Vorangeg.SV d.Patienten	ja	9,8	51
44	1.41.	Geschwisterzahl	0	9,8	51
45	1.37.	Äußerung v.SM-Gedanken durch den Patienten	ja	8,3	48
46	1.17.	Enuresis permanens	ja	3,9	51
47	1.51.	Verl.n.d.Mutter (Trennung)	ja	3,9	51
48	1.3.	Geisteskrankheit in der mütterl.Aszendenz	ja	2,2	46
49	1.10.	Geburtsgewicht d.Patienten	unt.2500g	2,2	45
50	1.22.	Automutilationen	ja	2,0	50
51	1.48.	Verlust beider Eltern (nur Trennung)	ja	2,0	51
52	1.56.	Patient ist Pflegekind	ja	2,0	51

3.1.1. Rangreihe der anamnестischen Daten (Fortsetzung)

Rang-Nr.	Item-Nr.	Kennworte	Ausprägung	Häufigk. in %	n
53	1.2.	Geisteskrankheit in der väterlichen Aszendenz	ja	0	42
54	1.4.	Psychosen in d.Kernfamilie	ja	0	50
55	1.57.	Psychose der Mutter oder des Vaters	ja	0	51

3.1.2. Rangreihe der somatischen Daten

Rang-Nr.	Item-Nr.	Kennworte	Ausprägung	Häufigk. in %	n
1	2.17.	Methode des SV	Intoxikat.	92,2	51
2	2.35.	Therapeutische Maßnahmen	ja	92,2	51
3	2.48.	Konsiliar.Untersuchung d.einen Psychologen	ja	74,5	51
4	2.38.	Magenspülung	ja	70,8	48
5	2.1.	Altersgruppenzugehörigkeit	11-13 J.	66,7	51
6	2.18.	Intoxikation mit Hypnotika	ja	64,0	50
7	2.51.	Dauer der stat.Behandlung	läng.a.5d	58,9	51
8	2.54.	Psychotherapeutische Weiterbehandlung	ja	56,9	51
9	2.6.	Pubertätsstadium (Tanner)	5/6	55,0	40
10	2.41.	Behandlung auf der Intensivstation	ja	53,1	49
11	2.26.	Bewußtseinszustand b.Aufn.	ben.o.somno.	44,0	50
12	2.51.	Dauer d.stat.Behandlung	0-5d	41,2	51
13	2.26.	Bewußtseinszustand bei Aufnahme	soporös o. komatös	40,0	50
14	2.27.	Intoxikationsgrad	D (schwer)	34,9*	48
15	2.8.	Vorbest.Erkrankung	ja	33,3	51
16	2.43.	Neurodiagnost.Zusatzmaßn.	ja	33,3	51
17	2.27.	Intoxikationsgrad	B (leicht)	32,6*	48
18	2.19.	Intoxikat.m.Analgetika	ja	32,0	50
19	2.28.	Dauer d.Bewußtseinstrübung	läng.a.12h	31,8	44
20	2.27.	Intoxikationsgrad	C (mittel)	27,9*	48
21	2.20.	Intox.m.Tranquillantien	ja	24,0	50
22	2.1.	Altersgruppenzugehörigkeit	14-16 J.	23,5	51

3.1.2. Rangreihe der somatischen Daten (Fortsetzung)

Rang-Nr.	Item-Nr.	Kennworte	Ausprägung	Häufigk. in %	n
23	2.3.	Körpergröße des Patienten	üb.d.90-ig. Perzentile	20,9	43
24	2.6.	Pubertätsstadium (Tanner)	1	17,5	40
25	2.26.	Bewußtseinszustand bei Aufnahme	klar	16,0	50
26	2.50.	Überweisung in eine psychiatr.Klinik	ja	15,7	51
27	2.27.	Intoxikationsgrad	A(Verdacht)	14,6*	48
28	2.1.	Altersgruppenzugehörigkeit	8-10 J.	9,8	51
29	2.16.	Angeborene Mißbildungen o. erworbene Deformitäten	ja	7,8	51
30	2.39.	Intensivtherapeut.Maßnahm.	ja	7,8	51
31	2.5.	Pubertätsentwicklung	retardiert	6,25	48
32	2.21.	Intox.mit Psychopharmaka	ja	6,0	50
33	2.17.	Methode des SV	Sturz oder Erhängen	5,9	51
34	2.49.	Konsiliarische Untersuchg. durch einen Psychiater	ja	5,9	51
35	2.3.	Körpergröße des Patienten	unt.d.10-er Perzentile	4,7	43
36	2.9.	Vorbest.neurol.Erkrankung	ja	3,9	51
37	2.44.	EEG	patholog.	3,9**	51
38	2.17.	Methode des SV	Intox.und Schneiden	2,0	51
39	2.5.	Pubertätsentwicklung	akzeleriert	0	48
40	2.52.	Tödlicher Ausgang	ja	0	51
41	2.53.	Bleibende somatische Restschäden	ja	0	51

* Prozentangabe bezieht sich nur auf die Gesamtzahl der Vergiftungsfälle.

** Prozentangabe bezieht sich auf alle 51 Patienten; nur bei 15 Patienten wurde ein EEG gemacht. Die Indikation für das EEG wurde aber nur bei Verdacht auf eine cerebrale Alteration gestellt, so daß bei den anderen Patienten kein pathologischer Befund zu erwarten ist.

3.1.3. Rangreihe der psychischen Daten

Rang-Nr.	Item-Nr.	Kennworte	Ausprägung	Häufigk. in %	n
1	3.2.	Intelligenzprofilschwankg.	vorhanden	88,9	36
2	3.31.	Latente Aggressivität	hoch	84,4	45
3	3.47.	Angst vor den Eltern	ja	83,3	48
4	3.29.	Labilität	hoch	81,8	44
5	3.14.	Neurötizismus	hoch oder sehr hoch	81,6	38
6	3.16.	Frustrationstoleranz	niedrig	81,6	38
7	3.33.	Aggressionsverschiebung	ja	80,4	46
8	3.57.	Subjektzentriertheit	hoch	79,5	44
9	3.20.	Normativität	niedrig	73,9	46
10	3.10.	Motivationsrichtung	mißerfolgsorientiert	68,4	38
11	3.58.	Egoismus	groß	68,1	47
12	3.44.	Latente Angst	hoch	67,4	43
13	3.15.	Extraversion	hoch oder sehr hoch	65,9	41
14	3.46.	Angstverschiebung	ja	65,6	44
15	3.24.	Impulsivität	hoch	64,4	45
16	3.60.	Geltungssucht	stark	64,4	48
17	3.48.	Angst im schulischen/beruflichen Bereich	ja	61,4	44
18	3.18.	Verbalisationsfähigkeit	schlecht	61,0	46
19	3.19.	Soziabilität	durchschn. oder hoch	58,8	51
20	3.61.	Eifersucht	stark	55,8	43
21	3.25.	Minderwertigkeitsgefühle	stark	55,6	45
22	3.9.	Motivation	durchschn. oder hoch	53,9	39
23	3.13.	Anschlußmotiv	stark	53,7	41
24	3.5.	Intelligenzkapazität	hoch	52,6	38
25	3.41.	Selbstmordgedanken	nie	50,0	42
26	3.59.	Suggestibilität	groß	48,9	47
27	3.23.	Durchsetzungsfähigkeit	gering	48,8	43
28	3.9.	Motivation	niedrig	46,2	39
29	3.1.	Gesamtintelligenz	durchschn.	45,2	42
30	3.43.	Offene Angst	hoch	44,9	49

3.1.3. Rangreihe der psychischen Daten (Fortsetzung)

Rang-Nr.	Item-Nr.	Kennworte	Ausprägung	Häufigk. in %	n
31	3.55.	Hysterische Tendenzen	stark	42,6	47
32	3.12.	Realitätsbezogenheit des Leistungsmotivs	irreal	41,5	41
33	3.19.	Sozialibilität	niedrig	41,2	51
34	3.30.	Offene Aggression	niedrig	40,4	47
35	3.22.	Hemmung	niedrig	39,1	46
36	3.43.	Offene Angst	niedrig	38,8	49
37	3.8.	Cerebrale Funktionen	auffällig	38,2	34
38	3.5.	Intelligenzkapazität	durchschn.	36,8	38
39	3.54.	Depressive Tendenzen	stark	36,2	47
40	3.1.	Gesamtintelligenz	hoch oder sehr hoch	35,7	42
41	3.4.	Handlungs-Intelligenz	hoch oder sehr hoch	35,1	37
42	3.3.	Verbale-Intelligenz	hoch oder sehr hoch	33,3	37
43	3.30.	Offene Aggression	hoch	31,9	47
44	3.55.	Hysterische Tendenzen	gering	31,9	47
45	3.32.	Komb.v.hoher latenter Aggressivität u.niedriger offener Aggression	ja	31,1	45
46	3.64.	Sexuelle Erlebnisse	ja	29,2	48
47	3.3.	Verbale Intelligenz	niedrig od. sehr niedr.	25,0	37
48	3.23.	Durchsetzungsfähigkeit	hoch	23,3	43
49	3.41.	Prämorbid Selbstmordgedanken	häufig	21,4	42
50	3.18.	Verbalisationsfähigkeit	gut	19,7	46
51	3.34.	Aggressionsrichtung	autoaggressiv	19,7	46
52	3.1.	Gesamtintelligenz	niedrig oder sehr niedrig	19,1	42
53	3.50.	Angst i.sex./pert.Berch.	ja	18,75	48
54	3.25.	Minderwertigkeitsgefühle	gering	17,7	45
55	3.22.	Hemmung	hoch	17,4	46
56	3.54.	Depressive Tendenzen	gering	17,0	47
57	3.4.	Handlungsintelligenz	niedrig oder sehr niedrig	16,2	37
58	3.34.	Aggressionsrichtung	heteroaggressiv	15,2	46

3.1.3. Rangreihe der psychischen Daten (Fortsetzung)

Rang-Nr.	Item-Nr.	Kennworte	Ausprägung	Häufigk. in %	n
59	3.15.	Extraversion	niedrig od. sehr niedr.	14,6	41
60	3.61.	Eifersucht	gering	14,0	43
61	3.24.	Impulsivität	niedrig	11,1	45
62	3.13.	Anschlußmotiv	schwach	9,8	41
63	3.63.	Sexuelle Auffälligkeiten	ja	8,0	50
64	3.59.	Suggestibilität	gering	6,4	47
65	3.49.	Angst i.schulisch.Bereich ohne Angst vor den Eltern	ja	4,6	44
66	3.8.	Cerebrale Funktionen	s.auffällig	2,9	34

3.1.4. Rangreihe der sozialen Daten

Rang-Nr.	Item-Nr.	Kennworte	Ausprägung	Häufigk. in %	n
1	4.36.	Patient unter peers	konform	67,4	43
2	4.1.	Schichtzugehörigk.d.Pat.	O.Untersch. o.U.Unters.	62,8	51
3	4.26.	Mutter ist berufstätig	gänztags o. halbtags	55,1	49
4	4.42.	zuletzt besuchte Schulart	VS od.HS ab 4.Klasse	54,9	51
5	4.35.	Patient in d.Schulklasse	neg.Außens.	54,4	46
6	4.30.	Außenkontakte d.Familie	gering	52,3	44
7	4.31.	Erziehungsstil	inegal	47,9	48
8	4.7.	Mon.Familiennettoeinkommen	1400-2200DM	37,5	48
9	4.7.	Mon.Familiennettoeinkommen	über 2200DM	37,5	48
10	4.35.	Patient in d.Schulklasse	konform	37,0	46
11	4.1.	Schichtzugehörigk.d.Pat.	M.Mittels.o. U.Mittelsch.	33,3	51
12	4.8.	Familie d.Pat.sozial	aufgestieg.	33,3	49
13	4.34.	Soz.Kontakte d.Patienten außerhalb der Familie	gering	33,3	48
14	4.26.	Mutter ist berufstätig	nein	32,7	49
15	4.25.	Starke berufl.Belastung d.Mutter o.beid.Eltern	ja	32,6	46
16	4.42.	Zuletzt besuchte Schulart	RS od.OS	31,4	51

3.1.4. Rangreihe der sozialen Daten (Fortsetzung)

Rang-Nr.	Item-Nr.	Kennworte	Ausprägung	Häufigk. in %	n
17	4.23.	Wohnverhältnisse insgesamt	gut	25,0	48
18	4.23.	Wohnverhältnisse insgesamt	schlecht	22,9	48
19	4.31.	Erziehungsstil	repressiv	22,9	48
20	4.8.	Fam.des Patienten sozial	abgestiegen	22,5	49
21	4.27.	Pat.ist Schlüsselkind	ja	21,6	51
22	4.31.	Erziehungsstil	laissez-faire	20,8	48
23	4.7.	Mon.Familiennettoeinkommen	800-1400 DM	20,8	48
24	4.30.	Außenkontakte der Familie	zahlreich	18,2	44
25	4.36.	Patient unter peers	neg.Äußens.	16,3	43
26	4.32.	Erziehung des Patienten durch wechs.Personen	ja	16,0	50
27	4.34.	Soz.Kontakte des Patienten außerhalb der Familie	zahlreich	14,3	48
28	4.13.	Fam.des Pat.vollständig	nein	13,7	51
29	4.40.	Delinquentes Verhalten	ja	13,7	51
30	4.29.	Dominanz in der Familie	Eltern ko-dominant	7,7	39
31	4.42.	Zuletzt besuchte Schulart	Sond.Schule	5,9	51
32	4.7.	Mon.Familiennettoeinkommen	unt.800 DM	4,2	48
33	4.31.	Erziehungsstil	überbehüt.	4,2	48
34	4.31.	Erziehungsstil	ausgeglichen.	4,2	48
35	4.9.	Familie bekommt Sozialhilfeunterstützung	ja	4,1	49
36	4.1.	Schichtzugehörigkeit des Patienten	OS.od. OM.	3,9	51
37	4.10.	Öffentliche Jugendhilfe für den Patienten	ja	2,0	51

3.1.5. Rangreihe der situationalen Daten *

Rang-Nr.	Item-Nr.	Kennworte	Ausprägung	Häufigk. in %	n
1	5.32.	Konflikte mit den Eltern als Motiv	ja	93,3	45
2	5.27.	Objekt.Mögl.zum Eingreifen bei oder nach dem SV	groß	92,2	51
3	5.1.	Materielle Verhältn.d.Fam.	unverändert	90,0	50

3.1.5. Rangreihe der situationalen Daten (Fortsetzung)

Rang-Nr.	Item-Nr.	Kennworte	Ausprägung	Häufigk. in %	n
4	5.33.	Mangelnde Zuwendung durch die Eltern als Motiv	ja	82,2	45
5	5.28.	Ort des SV	Eltern, Wohnung	80,4	51
6	5.40.	(Teil-)Intention d. SV war situationale Entlastung	ja	69,7	46
7	5.24.	Konkretisierung des SV-Gedankens	unmittelbar vorher	66,6	45
8	5.15.	Konflikte mit den Eltern	spitzen sich zu	64,0	50
9	5.16.	Konflikte mit sonstigen Personen	nicht verändert	64,0	50
10	5.44.	Informative Verhaltensweisen nach dem SV	nein	62,8	51
11	5.36.	Geringschätzung durch andere als Motiv	ja	61,9	42
12	5.41.	(Teil-)Intention des SV war appellativ	ja	54,4	46
13	5.31.	Konflikte mit peers als Motiv	ja	42,2	45
14	5.30.	Konflikte im schulischen Leistungsbereich als Motiv	ja	38,3	47
15	5.4.	Schulische Schwierigkeiten des Patienten	spitzen sich zu	35,3	51
16	5.47.	Jahreszeit, in die der SV fiel	Dez.-Febr.	35,3	51
17	5.16.	Konflikte mit sonstigen Personen	spitzen sich zu	32,0	50
18	5.47.	Jahreszeit, in die der SV fiel	März-Mai	27,5	51
19	5.23.	SM-Gedanken in den letzten 3 Monaten	häufig	23,3	43
20	5.23.	SM-Gedanken in den letzten 3 Monaten	manchmal	23,3	43
21	5.42.	(Teil-)Intention des SV war Bestrafung anderer	ja	23,3	43
22	5.34.	Vereinsamung als Motiv	ja	20,8	48
23	5.15.	Konflikte mit den Eltern	tret. plötzlich auf	18,0	50

3.1.5. Rangreihe der situationalen Daten (Fortsetzung)

Rang-Nr.	Item-Nr.	Kennworte	Ausprägung	Häufigk. in %	n
24	5.25.	Informative Verhaltensweisen vor dem SV	eindeutig	14,6	48
25	5.7.	Trennung von emotional wichtigen Personen	ja	14,0	50
26	5.4.	Schulische Schwierigkeiten des Patienten	bestehen unverändert	13,7	51
27	5.12.	Rückzugsverh.d.Patienten	ja	12,5	48
28	5.21.	Äußerung von SM-Gedanken durch den Patienten	ja	12,5	48
29	5.25.	Informative Verhaltensweisen vor dem SV	angedeutet	12,5	48
30	5.35.	'Liebeskummer' als Motiv	ja	12,5	48
31	5.39.	SV auslösende Situation nur extrafamiliär	ja	11,8	51
32	5.24.	Konkretisierung des SV-Gedankens	Stunden vorher	11,1	45
33	5.22.	SM od.SV in der Umgebung des Patienten	ja	10,2	49
34	5.5.	Schulwechsel des Patienten	ja	9,8	51
35	5.10.	Delinquentes Verhalten	ja	9,8	51
36	5.28.	Ort des SV	Schule	9,8	51
37	5.43.	(Teil-)Intention des SV 'Todeswunsch'	ja	8,7	46
38	5.6.	Umzüge	ja	7,8	51
39	5.19.	Ungewohnte Verhaltensstörung	ja	5,9	51
40	5.20.	Sonstige 'unmotivierter' Verhaltensänderung	ja	4,1	49
41	5.16.	Konflikte mit sonstigen Personen	tret.plötzlich auf	4,0	50
42	5.4.	Schulische Schwierigkeiten	tret.plötzlich auf	3,9	51

* Daten aus den letzten 3 Monaten vor dem SV und unmittelbar danach.

3.1.6. Signifikante Unterschiede der Ergebnisse bei Mädchen und Jungen

Item-
Nr.

1.13. Psychomotorische Entwicklung:

	♀	♂	Summe
verzögert:	1	4	5
nicht verzögert:	33	12	45
Summe	34	16	50
$\chi^2=5,88$ ($p=0,05$)			K.A.=1

1.15. Auffälligkeiten des Spielverhaltens:

	♀	♂	Summe
ja:	3	7	10
nein:	27	8	35
Summe	30	15	45
$\chi^2=7,77$ ($p=0,01$)			K.A.=6

1.18. Enuresis acquisita:

	♀	♂	Summe
ja:	1	5	6
nein:	33	12	45
Summe	34	17	51
$\chi^2=7,65$ ($p=0,01$)			K.A.=0

1.28. Operationen vor dem 6. Lebensjahr:

	♀	♂	Summe
ja:	6	8	14
nein:	27	7	34
Summe	33	15	48
$\chi^2=6,16$ ($p=0,05$)			K.A.=3

1.31. Klagen über funktionelle Störungen:

	♀	♂	Summe
keine:	22	7	29
manchmal:	7	6	13
häufig:	1	4	5
Summe	30	17	47
$\chi^2=6,54$ ($p=0,05$)			K.A.=4

3.1.6. Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen
(Fortsetzung)

Item-
Nr.

1.36. Äußerung von Selbstmordgedanken durch
Familienmitglieder:

	♀	♂	Summe
ja:	11	3	14
nein:	17	13	30
Summe	28	16	44

$$\chi^2=4,47 \text{ (p=0,05)}$$

$$\text{K.A.}=7$$

1.40. Süchte in der Kernfamilie:

	♀	♂	Summe
ja:	15	3	18
nein:	17	14	31
Summe	32	17	49

$$\chi^2=4,08 \text{ (p=0,05)}$$

$$\text{K.A.}=2$$

1.47. Deprivierende Verhältnisse in den letzten
2 Jahren vor dem SV:

	♀	♂	Summe
ja:	22	5	27
nein:	12	11	23
Summe	34	16	50

$$\chi^2=4,9 \text{ (p=0,05)}$$

$$\text{K.A.}=1$$

1.63. Leistungstendenz bisher eher:

	♀	♂	Summe
ansteigend oder gleichbleibend:	21	5	26
abfallend:	13	12	25
Summe	34	17	51

$$\chi^2=4,74 \text{ (p=0,05)}$$

$$\text{K.A.}=0$$

2.6. Pubertätsstadium nach Tanner:

	♀	♂	Summe
1:	2	3	5
2-4:	8	3	11
5/6:	19	5	24
Summe	29	11	40

$$\chi^2=8,8 \text{ (p=0,05)}$$

$$\text{K.A.}=11$$

3.1.6. Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen
(Fortsetzung)

Item-
Nr.

3.14. Neurotizismus:

	♀	♂	Summe
hoch od. sehr hoch:	22	9	31
durchschnittlich/ niedrig/s. niedrig:	2	5	7
Summe	24	14	38

$\chi^2=4,41$ ($p=0,05$) K.A.=13

3.30. Offene Aggression:

	♀	♂	Summe
hoch:	6	9	15
durchschnittlich:	10	3	13
niedrig/keine:	15	4	19
Summe	31	16	47

$\chi^2=6,62$ ($p=0,05$) K.A.=4

4.14. Patient wohnt in:

	♀	♂	Summe
durchschnittl. od. gut erhaltenem Mehrfamilienhaus:	14	3	17
Einfamilienhaus:	6	10	16
dringend sanierungs- bedürftigem Altbau od. Obdachlosensiedlung:	12	3	15
Summe	32	16	48

$\chi^2=9,2$ ($p=0,05$) K.A.=3

4.24. In der Wohnung Telefon:

	♀	♂	Summe
ja:	16	13	29
nein:	18	4	22
Summe	34	17	51

$\chi^2=3,99$ ($p=0,05$) K.A.=0

3.1.6. Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen
(Fortsetzung)

Item-
Nr.

4.30. Außenkontakte der Familie:

	♀	♂	Summe
zähreich:	3	5	8
durchschnittlich:	7	6	13
gering:	20	3	23
Summe	30	14	44

$\chi^2=8,44$ ($p=0,05$) K.A.=7

4.34. Soziale Kontakte des Patienten außerhalb der Familie:

	♀	♂	Summe
zähreich:	2	5	7
durchschnittlich:	21	4	25
gering:	9	7	16
Summe	32	16	48

$\chi^2=8,73$ ($p=0,05$) K.A.=3

4.36. Patient ist in Gruppen von peers außerhalb der Schulklasse:

	♀	♂	Summe
dominant:	1	4	5
beliebt:	1	1	2
konform:	23	6	29
sogenannter Außen- seiter:	3	4	7
Summe	28	15	43

$\chi^2=8,78$ ($p=0,05$) K.A.=8

4.37. Bevorzugte Form der Freizeitgestaltung:

	♀	♂	Summe
passiv-ziellos:	20	4	24
andere Formen:	9	11	20
Summe	29	15	44

$\chi^2=7,13$ ($p=0,01$) K.A.=7

3.1.6. Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen
(Fortsetzung)

Item-
Nr.

4.39. Delinquentes Verhalten:

	♀	♂	Summe
ja:	2	5	7
nein:	32	12	44
Summe	34	17	51
$\chi^2=5,29$ ($p=0,05$)			K.A.=0

5.8. Beziehung zu einer neuen, emotional wichtigen
Person oder Gruppe:

	♀	♂	Summe
ja:	11	1	12
nein:	19	14	33
Summe	30	15	45
$\chi^2=4,60$ ($p=0,05$)			K.A.=6

5.10. Delinquentes Verhalten (sit.):

	♀	♂	Summe
ja:	1	4	5
nein:	33	13	46
Summe	34	17	51
$\chi^2=5,43$ ($p=0,05$)			K.A.=0

5.30. Im Motivationsgefüge des SV war mangelnde Zu-
wendung durch die Eltern unmittelbar erkennbar:

	♀	♂	Summe
ja:	28	9	37
nein:	2	6	8
Summe	30	15	45
$\chi^2=7,6$ ($p=0,01$)			K.A.=6

4. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

4.1. Mängel des vorliegenden Ansatzes

Da es sich hier um eine retrospektive Untersuchung handelt, wurde auf ein Datenmaterial zurückgegriffen, das nicht primär an unseren Items und unserer Fragestellung orientiert war. Entsprechend mußte fast immer eine mehr oder minder große Rate von fehlenden Angaben in Kauf genommen werden. Deshalb war es auch notwendig, einige Merkmale auf Grund des beschränkten Datenmaterials umzuformulieren.

Für eine sichere Hypothesenprüfung scheinen zunächst statistische Vergleiche mit anderen, nicht suizidalen Kollektiven notwendig. Bei einer Vergleichsgruppenbildung wären aber neben einer zumindest alters- und geschlechtsgleichen, unauffälligen Gruppe auch eine oder besser zwei nicht suizidale, aber psychisch auffällige Gruppen notwendig gewesen, da sonst nicht zu entscheiden wäre, ob die vorgefundenen Unterschiede auch wirklich suizidspezifisch sind, oder ob nur ein unspezifischer Zusammenhang der Unterschiede mit psychischen Alterationen allgemein besteht (178). Man denke hier nur etwa an die broken-home-Situation, die bei Depression (265,267), Dissozialität (146) und vielen anderen Störungen gehäuft auftritt.

Alle relevanten Items zusätzlich an mehreren, ausreichend randomisierten Vergleichsgruppen zu prüfen wäre aber nicht zu leisten gewesen. Allein die Vergleichsprüfung der psychischen Items hätte einen größeren, qualifizierten Mitarbeiterstab erforderlich gemacht.

Durch den Verzicht auf Vergleichsgruppen hat die Arbeit im wesentlichen nur deskriptiven Charakter; sie ermöglicht aber durch die B r e i t e und Differenziertheit des Ansatzes multidimensionale Hypothe-

senbildungen, die Ausgangspunkt für weitere, gezielte Vergleichsuntersuchungen sein können.

4.2. Inhaltliche Diskussion

4.2.1. Diskussion der anamnestischen Daten

In der Rangreihe der anamnestischen Items ist der bei weitem häufigste, auffällige Befund der hohe Anteil von deprivierenden Familienverhältnissen (2.) * mit fast zwei Dritteln, was den Ergebnissen von BRON (47, 48) und FICKER (108,109) in etwa entspricht. Im Vergleich mit einigen amerikanischen Autoren (163,304, 324), die an Stelle von Deprivation einen viel engeren broken-home Begriff verwenden, erscheint dieses Ergebnis aber eher niedrig zu sein (s.Tab.5).

SIEGEL und GRUND (338) fanden in der DDR sogar über 80% familiäre Milieuschäden bei suizidalen Kindern und Jugendlichen und RINGEL berichtet von 82,3% gestörten Familienverhältnissen bei suizidalen Mädchen (298). Allerdings sind diese Ergebnisse auf Grund der unterschiedlichen Begriffsdefinitionen nur bedingt vergleichbar (s.Kap.1.5.4.).

Auffällig bei unseren Ergebnissen ist weiter, daß bei 46,7% der Patienten schon in der frühen Kindheit deprivierende Verhältnisse vorlagen (5.). In den letzten 2 Jahren vor dem SV war die entsprechende Rate mit 54,0% (3.) nicht wesentlich höher. Frühkindliche Deprivation scheint also anamnestisch ein sehr wichtiger Faktor in der Genese der Suizidalität zu sein,

* Ranglistennummern sind zur Unterscheidung von Literaturangaben unterstrichen und mit einem Punkt gekennzeichnet.

was mit der Meinung vieler anderer Autoren übereinstimmt (40,76,130,131,290,325,383). Die Auswirkungen der Deprivation charakterisiert ZWINGMANN treffend so: "... , wo Geborgenheit und affektive Beziehungen fehlen, tritt an Stelle der Freude am Dasein die Lebensunlust, die existentielle Leere, die affektive Verarmung, Kontaktunfähigkeit, eine geringe Belastungstoleranz und damit in vielen Fällen die Suizid-anfälligkeit." (423,S.XX).

Allerdings kann daraus nicht geschlossen werden, Deprivation sei ein spezifisch suizidogener Faktor, da etwa auch enge Korrelationen mit depressiven Syndromen (49,149,260,261,263,265,290) oder mit Dissozialität (127,146,347) beschrieben werden, und ein broken-home auch bei verschiedenen nicht suizidalen Vergleichsgruppen relativ häufig vorkommt (s.Tab.5).

Beim Elternverlust finden sich ganz ähnliche Verhältnisse wie bei der Deprivation allgemein: 27,4% haben einen oder beide Elternteile verloren (17.); knapp zwei Drittel davon erlitten den Verlust aber schon vor dem 7.Lebensjahr (26.). In der gleichen Größenordnung bewegen sich die Zahlen bei POPIELARSKA (21,6%;290), SCHWAB (35%;328) und PARNITZKE (40%;280).

Der Elternverlust nimmt aber im Vergleich zu anderen Deprivationskriterien einen relativ niedrigen Rang ein. Ständiger Streit in der Familie (8.), auffällige Süchte eines oder beider Elternteile (9.) und häufige Anwendung körperlicher Gewalt als Erziehungsmaßnahme (10.) sind deutlich häufiger. Auch hatten über 90% ihre Eltern durch Trennung und nicht durch den Tod verloren (22.u.47.), wobei man annehmen kann, daß der Trennung schwere intrafamiliäre Spannungen vorausgingen; also hierbei der Zerrüttung sehr viel mehr Gewicht zukommt als dem alleinigen Verlust (64, 69,70,126,223,227,231,232,280,291,331,367,371).

Daß alleiniger Vaterverlust fünf mal häufiger ist (21.) als Mutterverlust (47.) spiegelt wohl nur die gesellschaftliche Norm wider, nach der bei Trennung der Eltern das Kind bei der Mutter bleibt. Die Annahme eines besonderen "father-loss Syndroms" bei suizidalen Kindern und Jugendlichen, wie es von SCHNEER (323) postuliert worden ist, scheint daher etwas zweifelhaft.

Psychosen der biologischen oder sozialen Eltern spielten in unserer Untersuchung keine Rolle (55.), obwohl sich in der Literatur einige Hinweise auf eine Häufung von psychotischen Eltern bei suizidalen Jugendlichen finden (14%,96;16%,367;45,333). Überhaupt war die Familienanamnese in Hinblick auf Geisteskrankheiten oder Psychosen (48.,53.,54.) unauffällig, obwohl bei der Suizidalität von Erwachsenen insbesondere der endogenen Depression in der Blutverwandtschaft durchaus Bedeutung zugemessen wird (136,157). Da sich Psychosen aber kaum vor dem 16.Lebensjahr manifestieren (s.Kap.1.5.3.), scheint die erbliche Belastung mit Geisteskrankheiten für die kindliche und jugendliche Suizidalität keine wesentliche Rolle zu spielen.

Nach der Deprivation sind Auffälligkeiten der Schulanamnese bei unserem Patientengut am zweithäufigsten. Zwar sind nur 18% später als normal eingeschult worden (25.), was den Angaben von HARBAUER (143) entspricht, der den Prozentsatz noch nicht schulreifer Kinder im Einschulungsalter mit 15 bis 20% angibt. Größere intellektuelle oder sonstige Auffälligkeiten waren also zunächst nicht überproportional vorhanden. In der weiteren Schullaufbahn hatten aber fast die Hälfte eine eindeutig abfallende Leistungstendenz (4.), 45,1% zeigten im Verlauf ihrer bisherigen Schulzeit insgesamt schlechte Leistungen (7.) und die 'Sitzenbleiberrate' war mit einem knappen Drittel auffällig hoch (14.). Als gute Schüler waren nur 15,7% zu bezeichnen (30.). Eine Häufung 'schlechter'

Schüler bei suizidalen Jugendlichen fanden auch SZY-MANSKA (65%;367), ROHN (75%;304) und FICKER (64%;110).

Wie bei der Besprechung der psychischen Items noch genauer gezeigt werden wird, kontrastiert das auffällig mit der eher hohen Intelligenzkapazität der Patienten. Einen Befund den auch POPIELARSKA in Polen bei ihren kindlichen Suizidanten fand (291). In Übereinstimmung mit ihr kann man eine Abhängigkeit der Schulprobleme von den häufig offen pathologischen Familienverhältnissen vermuten. Inwieweit andere Faktoren noch eine Rolle spielen, wird im weiteren Verlauf der Diskussion noch zu klären sein.

Bei den sonstigen anamnestischen Angaben über die körperliche und psychische Entwicklung findet man nur mehr wenige Auffälligkeiten in geringerer Häufigkeit.

Die Patienten waren in 16,3% der Fälle eine Risikoschwangerschaft (29.) und zu 32,7% eine Risikogeburt (11.). Prozentsätze die durchaus noch in dem von STOLL und SCHMIDT-MATTHIESEN angegebenen Bereich von 10 bis 30% liegen (357). Frühgeburten, definiert als Neugeborene mit einem Gewicht unter 2500g, waren mit 2,2% (49.) sogar deutlich seltener als in der Normalbevölkerung (Schmidt-Matthiesen:5-15%) und auch die 18,4% (24.) pathologische Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode erscheinen nicht übermäßig hoch.

Die Zahl nicht ehelicher Geburten war mit 17,7% (28.) aber vergleichsweise deutlich höher als der Landesdurchschnitt von Rheinland-Pfalz im Jahr 1974 mit 5,8% (57), was wieder auf die Bedeutung der Deprivation hinweist.

Im Säuglings- und Kleinkindesalter war die körperliche und psychomotorische Entwicklung, ähnlich wie in den Untersuchungen von SCHWAB (328) und POPIELARSKA (291), nur zu einem geringen Prozentsatz gestört (31. und 41.).

Diese Daten machen eine besondere Häufung von

intrauterinen oder perinatalen cerebralen Schäden anamnestisch unwahrscheinlich. Die Tatsache, daß fast ein Drittel kindliche Verhaltensauffälligkeiten aufwies (15.) und 22,2% Auffälligkeiten des Spielverhaltens (18.), widerspricht diesem Ergebnis nicht, denn einerseits waren die Items sehr weit gefaßt (s.Kap.6.2.), und andererseits erscheinen sie auch angesichts der Häufung pathogener Familienverhältnisse in der frühen Kindheit nicht besonders hoch. Das gleiche läßt sich von den 18,75% Störungen der Sprachentwicklung (23.) sagen, zu denen ja nicht nur Entwicklungsverzögerungen sondern auch Sprachfehler gezählt wurden.

Automutilationen sind mit 2,0% (50.) bei unseren Patienten genauso selten wie in der Untersuchung von TOERNE und SCHWAB, die eine reziproke Beziehung zwischen Automutilationen und suizidalem Verhalten vermuten (380).

Bei insgesamt weitgehend unauffälliger Sauberkeitsentwicklung (27. und 35.) ist allerdings die Zahl der Enuretiker mit zusammen (38. und 46.) 15,7% gegenüber einem Durchschnittskollektiv (10% Enuretiker, 364) erhöht. Warum MOCH bei seinen suizidalen Patienten nur 0,8% Enuretiker fand (242), ist unklar. Diese Diskrepanz zeigt aber, wie vorsichtig man solche Mikrobefunde interpretieren muß.

Bei den Vorerkrankungen sind eigentlich nur die 9,8% (42.) zentrale neurologische Erkrankungen erwähnenswert, die aber nur in einem Fall zu einer eindeutigen, bleibenden Schädigung geführt hatten. Inwieweit im Einzelfall ein Zusammenhang mit der Suizidalität besteht, muß offenbleiben. Für das Gesamtkollektiv haben sie aber nur eine untergeordnete Bedeutung, was mit den Ergebnissen der anderen Autoren übereinstimmt (81,164,221, 242,266,324,337 und Tab.4).

Etwas auffälliger ist hingegen, daß immerhin 14% der Eltern mit ihren Kindern wegen Verhaltensstörungen

einen Arzt oder Psychologen konsultierten (33.), was auf schwerere psychische Störungen schließen läßt, da die Eltern überwiegend aus der Unterschicht- und der unteren Mittelschicht kommen (s.Kap.4.2.5.), wo es, zumindest nach den Erfahrungen mit unserem Patientengut, noch stärkere Hemmungen gegenüber einer institutionalisierten psychologischen Beratung gibt. Inwieweit es sich hier um mehr konstitutionelle oder mehr reaktive Störungen handelt, muß offen bleiben.

Die einzige, als spezifisch suizidogen zu betrachtende Auffälligkeit in der Anamnese ist die Häufung von Suiziden oder Suizidversuchen in der Familie des Patienten (21,7%) (19.) und in seiner weiteren Umgebung (11,9% und 12,5%) (19., 37., 36.). Dabei handelt es sich aber nur um Minimalwerte; die tatsächliche Häufigkeit dürfte weit höher liegen, weil teilweise keine Angaben vorliegen, und weil bei vielen Eltern und auch Patienten starke Dissimulierungstendenzen in bezug auf den SV und damit auch in bezug auf die familiäre Suizidalität vorhanden waren. Das gilt insbesondere für die Äußerung von Suizidgedanken durch Familienmitglieder (13.). Aber auch schon die Rate von 31,8% zugegebener, geäußerter Suizidgedanken zeigt, daß bei vielen Patienten in der Familie ein "suizidales Klima" (300) bestand, das den Kindern suizidales Handeln als Problemlösungsverhalten nahelegen konnte. Auch andere Autoren haben suggestive Momente und imitatives Verhalten bei der Genese der kindlichen (76,96,110,125,130,138,144,212,238,240,300, 303,333,351,374,391,422) und auch erwachsenen (135,247, 285,290) Suizidalität beschrieben. FICKER z.B. gibt 45% familiäre Vorbilder an (110).

Es gibt sogar Überlegungen, suizidales Verhalten, wie auch depressives Verhalten allgemein, im Rahmen lern- und verhaltenstheoretischer Konzepte als erlernte Konfliktlösungsstrategie zu interpretieren (126,158,290, 330,345,410). TEICHER (371,372,373) und vor allem

JACOBS (163,164) sehen die Suizidalität von Jugendlichen, bei weitgehender Relativierung somatischer, sozialer und sonstiger psychischer Faktoren, sogar fast ausschließlich unter dem Aspekt des Konfliktlösungsversuchs bei sich rasch eskalierenden schulischen und familiären Problemen.

Das Weglaufen, das diese Autoren häufig als letzten Problemlösungsversuch vor dem SV fanden (70%,164), und das von LÖWNAU (208) und YACOUBIAN und LOURIE (419) sogar als Suizidäquivalent angesehen wird, haben in unserer Untersuchung aber nur 14% versucht (32.). Auch über funktionelle Störungen, die TEICHER (371,373) bei 86% seiner Patienten fand, klagten nur 10,6% unserer Patienten häufig (40.). Die Wichtigkeit solcher "spezifischen" anamnestischen Hinweise erscheint also fraglich zu sein.

Die Rate vorangegangener Suizidversuche ist mit 9,8% (43.) in unserer Untersuchung niedriger als in den meisten anderen Untersuchungen. (z.B. 304-18%; 328-25%; 371-63%) und etwa gleich hoch wie bei BÖCKER (34-5%), was sich leicht aus den unterschiedlichen Altersschwerpunkten der verschiedenen Patientenkollektive erklären läßt. Bei Kindern und jüngeren Jugendlichen ist jedenfalls ein vorangegangener SV als prämonitorisches Zeichen für suizidales Verhalten zu selten.

Abschließend seien in der Anamnese noch die Geschwisterzahl und die Stellung in der Geschwisterreihe besprochen. Am auffälligsten ist der geringe Prozentsatz von Einzelkindern mit nur 9,8% (44.), während zum Vergleich 1975 in der BRD 45,1% aller Familien mit Kindern ein einziges lediges Kind hatten (57). Auch wenn man annehmen kann, daß viele Familien noch zusätzlich bereits verheiratete Kinder hatten, so ist die Differenz trotzdem eklatant. LESTER (196) fand in New York ebenfalls eine signifikante Unterrepräsentierung von Einzelkin-

dern bei suizidalen Kindern und Jugendlichen (ähnlich 192,328,359,381). Als Erklärung wird erwogen, daß Einzelkinder eine besonders intensive Zuwendung von ihren Eltern erhalten, was sehr plausibel ist, denn umgekehrt waren die Kinder mit 3 oder mehr Geschwistern mit 27,5% (16.) auffällig stark vertreten, während sonst nur 7,4% aller Familien 4 und mehr ledige Kinder haben (BRD 1975; 57). In einer rezenten Untersuchung von FACY stellten die suizidalen Jugendlichen aus Familien mit 4 oder mehr Kindern sogar einen Anteil von 45% am Gesamtkollektiv (96).

Die reduzierte elterliche Zuwendung als Erklärungsmöglichkeit paßt auch gut zum Verhältnis in der Geschwisterreihe. Bei den Patienten mit Geschwistern war fast die Hälfte 2. Kind und nur ein knappes Drittel Ältestes Kind (s.Kap.6.1.:Item 1.43.). Erstgeborene reagieren zwar unter Umständen mit sichtbarem Protest auf einen neuen Rivalen; der Zweitgeborene muß aber in einer viel vulnerableren Phase die elterliche Zuwendung mit dem Älteren teilen, was die sowieso schon häufig bestehende Deprivation noch weiter verstärken kann. Allerdings gibt es auch Berichte über ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen 1. und 2. Kindern (328) und TOOLAN (381) fand Erstgeborene in seinem Patientengut sogar hochsignifikant häufiger. Ob der Stellung in der Geschwisterreihe eine Bedeutung zukommt, muß also offenbleiben.

4.2.2. Diskussion der somatischen Daten

Zwei Drittel unserer Patienten waren 11 bis 13 Jahre (5.) und ein knappes Viertel war 14 bis 16 Jahre (22.) alt. Bei über der Hälfte war die Pubertätsentwicklung mit dem Stadium 5/6 nach TANNER (9.) schon weitgehend zum Abschluß gekommen; allerdings hatte bei 17,5% die Pubertätsentwicklung noch gar nicht begonnen (24.).

Das Gros unserer Patienten war aber doch weitgehend von dem Stress des ersten Stadiums der Adoleszenz, der "psychophysischen Dysharmonisierung" (177,190), geprägt bzw. erst auf dem Weg zur "Reharmonisierung" des 2. Stadiums. Da in den meisten anderen Untersuchungen über jugendliche Suizidalität der Altersschwerpunkt über 14 Jahre liegt (z.B. 8,23,47,63,82,96,168,223,272,274,280,304,328,337,359,366,422) sind hier ganz natürliche Unterschiede in der Akzentuierung der suizidalen Entwicklung zu erwarten (189), was in den folgenden Kapiteln noch diskutiert werden wird.

Für die von KLIEEISEN und LANGEN (177) bei krisenhaften Pubertätsentwicklungen mit Suizidalität hervorgehobenen Teilretardierungen lassen sich in unserer Untersuchung keine Anhaltspunkte finden, denn nur bei 6,25% war von den untersuchenden Ärzten eine retardierte Pubertätsentwicklung festgestellt worden (31.), und bei der Körpergröße lag ein gutes Fünftel über der 90iger Perzentile (23.), während nur 4,7% unter der 10er Perzentile lagen (35.). In der Untersuchung von SHAFFER (333), die sich allerdings nur auf vollendete Suizide bezog, waren bei den Jungen sogar 19% über der 97iger Perzentile und nur 4,7% unter der 50iger Perzentile.

Der hohe Prozentsatz von 33,3% vorbestehenden Erkrankungen (15.) erscheint zunächst auffällig hoch, und auf einen Zusammenhang zwischen schlechtem Gesundheitszustand und Suizidalität (s.d.396) hinzudeuten. Nun sind aber unter diesem Item alle Störungen von der Akne vulgaris über die Bronchitis bis zur orthostatischen Dysregulation subsummiert (s.Kap.6.1. Item 2.10.,2.13.,2.15.), und nur den 3,9% zentralen neurologischen Erkrankungen (36.) kann man überhaupt größere Relevanz zumessen. Andere Autoren berichten über einen Anteil zentraler neurologischer Erkrankungen bei suizidalen Kindern von 1% (47) bis 12,5% (255) (s.a.Tab.4).

Aber auch wenn schwerere Erkrankungen selten sind, so hatte immerhin ein Drittel einen plausiblen Anlaß gehabt, einen Arzt vor dem SV aufzusuchen, woraus sich theoretisch ein Ansatzpunkt für eine pädiatrische Suizidprophylaxe ergeben könnte (s.d.167,168,225,373). MC INTIRE et al. sprechen unter diesem Aspekt sogar vom Pädiater als dem "gatekeeper of suicide prevention" (230).

Am Rande sei noch bemerkt, daß es sich bei den 7,8% Mißbildungen und Deformitäten (29.) nur um ganz leichte, unauffällige Formen handelt, die die Patienten in ihrem Selbstwertgefühl kaum beeinträchtigten. Für die besondere Bedeutung eines Thersites-Komplexes, wie er von HARBAUER diskutiert worden ist (144), konnten wir somit keine Hinweise finden.

Als Methode des SV wurde fast ausschließlich die 'weiche' Form der Intoxikation gewählt (1.), für die in zwei Drittel der Fälle Hypnotika verwendet wurden (6.). Zusätzlich oder ausschließlich wurden noch von einem Drittel Analgetika (18.) und von einem Viertel Tranquillantien (21.) angewandt. In der neuesten Arbeit von FACY (96) wird für suizidale Jugendliche ebenfalls ein Prozentsatz von 92,0% Vergiftungen angegeben; in früheren Arbeiten lagen die Prozentsätze für Intoxikation als Methode beim SV von Minderjährigen zwischen 70% (80) und 84% (110). Für die Zeit vor dem 2.Weltkrieg gibt STERN nach LE MOAL noch eine Intoxikationsrate von nur 26,5% an (355). Diese starke Zunahme der Vergiftungen, und zwar insbesondere der Tablettenvergiftungen, in den letzten Dezennien war weltweit und bei allen Altersklassen feststellbar (34,37,202,203, 215,399,400,407 u.a.).

In einer Arbeit aus dem Jahre 1979 fand HAENEL bei Erwachsenen mit SV Intoxikation als Methode sogar bei 94,5% (137), und nach GRÜNEBERG et al. verwenden Er-

wachsene beim SV zu 75,2% Hypnotika und Sedativa als Suizidmittel (134). Wesentliche Unterschiede in der Methode des SV zwischen Erwachsenen und Kindern bestehen also nicht mehr, und man kann mit gutem Grund annehmen, daß der Anstieg der SV-Rate (s.Kap.1.3.2.) bei Kindern und Jugendlichen mit dem ständig steigenden Angebot des in Hinblick auf die häufigsten Intentionen (s.Kap.4.2.5.) 'praktischen' Suizidmittels Tablette zusammenhängt. Zumindest die älteren Kinder unter unseren Patienten haben wohl bewußt Schmerz und Bewußtsein nehmende Mittel verwendet, woraus auf ein vorherrschendes Verlangen nach Schlaf und Vergessen im Sinne einer "parasuizidalen Pause" (104) geschlossen werden kann, was im Kapitel 4.2.5. noch eingehend diskutiert werden wird.

Bemerkenswert ist noch der niedrige Anteil von Psychopharmaka als Suizidmittel mit nur 6,0% (32.), weil man daraus auf einen geringen elterlichen Konsum schließen kann, denn die Hausapotheke ist für Kinder und Jugendliche die Hauptquelle für ihre Suizidmittel (282).

Trotz der überwiegend 'weichen' Methode waren 40% der Patienten bei der Aufnahme soporös oder komatös (13.) und ein gutes Drittel war schwer intoxikiert (14.)(Intoxikationsgrad D nach KRIENKE (185) bzw. ROSENMAYR und BACHL (306)). Wenn man bedenkt, daß KOCKOTT et al. (178) bei 100 intoxikierten, suizidalen Erwachsenen nur in 16,7% der Fälle die (bedingt)(s.d.327) vergleichbare Intoxikationsstufe 4 und 5 nach REED (293) fanden, dann erscheint eine Bagatellisierung des kindlichen und jugendlichen SV als doch nur demonstrativ schon aus medizinisch-somatischen Gründen unberechtigt, obwohl die 14,6%, bei denen nur anamnestische, aber keine klinischen Anhaltspunkte für eine Intoxikation vorhanden waren (27.), in Verbindung mit dem oft sehr auffälligen Arrangement der Suizidsituation

(s.Kap.4.2.5.) im klinischen Alltag einen gegenteiligen Eindruck entstehen lassen können.

Bei 92,2% wurden überhaupt therapeutische Maßnahmen ergriffen (2.), meist in Form der Diureseanregung (s.Kap. 6.1.2. Item 2.37.) und der Magenspülung (4.). Die letztere Methode wurde bei 70,8% der Vergifteten durchgeführt (4.), was gut mit den Angaben anderer Autoren für selbstvergiftete Jugendliche (69,0%;168) und Erwachsene (77,0%;31) übereinstimmt. Dialyse oder Beatmung wurden bei keinem Patienten angewandt, und nur bei 7,8% waren intensivtherapeutische Maßnahmen (30.) in Form eines Zentralvenenkatheters oder einer kurzfristigen Intubation erforderlich, was wohl dadurch bedingt war, daß bei fast keinem eine komplizierende Grunderkrankung vorlag.

Die neurodiagnostischen Zusatzmaßnahmen, die bei einem Drittel der Patienten wegen einer fraglichen cerebralen Schädigung durchgeführt wurden (16.), erbrachten nur bei 2 Fällen im EEG fraglich pathologische Befunde (37.), so daß sich auch hier, wie in der Anamnese, keine Hinweise auf eine etwaige Häufung vorbestehender zentraler Erkrankungen ergaben.

Der weitere klinische Verlauf war in bezug auf den körperlichen Zustand nach der Akutphase weitgehend unkompliziert (40.,41.), und die Dauer der stationären Behandlung, die bei 58,9% mehr als 5 Tage betrug (7.), war im wesentlichen durch psychologische und soziale Indikationen bestimmt. Bei 74,5% fand eine konsiliarische Untersuchung durch den Kinderpsychologen statt (3.), und 5,9% wurden durch einen Psychiater konsiliarisch untersucht (34.). Zu fordern wäre aber eine psychologisch/psychiatrische Untersuchung aller suizidalen Kinder, und zwar im Unterschied zu Erwachsenen weniger im Hinblick auf eine akute Rezidivgefahr, die nach BÖCKER (34) von allen Altersgruppen bei den 10 bis 15 Jährigen am

niedrigsten ist (für unsere Patienten dazu (282)), sondern vielmehr, um auf den speziellen Fall abgestimmte sozio-und/oder psychotherapeutische Maßnahmen einzuleiten (ebenso 192,275,295).

In unserem Patientengut war immerhin bei 56,9% eine ambulante psychologisch/psychiatrische Weiterbehandlung empfohlen worden (8.), und 15,7% waren nach der somatischen Behandlung in eine psychiatrische Klinik zur stationären Behandlung überwiesen worden (26.). Bei älteren suizidalen Jugendlichen wird von einer Überweisungsrate von 29,6% berichtet (23), und in der Untersuchung von GRÜNEBERG et al. wurden 20% der suizidalen Erwachsenen anschließend stationär psychiatrisch behandelt (134). Unsere Patienten erschienen also den erstbehandelnden Ärzten bzw. dem Konsiliarius weniger psychisch alteriert.

4.2.3. Diskussion der psychischen Daten

Suizidalität wurde wohl schon immer intuitiv mit Aggressivität in Verbindung gebracht, wie allein das Wort Selbst m o r d zeigt, und auch in der wissenschaftlichen Suizidforschung von FREUD (117) bis RINGEL (299) wurde der gehemmten und dann nach innen gewendeten Aggressivität eine zentrale Bedeutung bei der suizidalen Entwicklung zugemessen (ebenso 21,102,124,152,169,171, 301,323,391,421,422).

Unsere Befunde bestätigen das zunächst eindeutig. 84,4% unserer Patienten wiesen eine hohe latente Aggressivität auf (2.), und fast ebenso viele zeigten eine Neigung zur Aggressionsverschiebung (7.). Diese letztgenannte Reaktionsform hat FREUD etwa bei den Selbstwürfen von Depressiven beschrieben, die darin verdeckt ihre heteroaggressiven Tendenzen zum Ausdruck bringen (177).

Das Verhältnis zwischen latenter Aggressivität und offener Aggression war in unserer Untersuchung aber keineswegs einfach reziprok. Fast ein Drittel zeigte offen stark aggressives Verhalten (44.), und die Kombination von hoher latenter Aggressivität und geringer offener Aggression war mit 31,1% (46.) seltener als man es nach den Untersuchungen von RINGEL bei suizidalen Erwachsenen erwarten könnte, wo dieser Kombination ein geradezu pathognomonischer Charakter zukam (297). Auch die Aggressionsrichtung war nur bei 19,7% überwiegend autoaggressiv (52.), und fast genauso viele hatten überwiegend heteroaggressive Tendenzen (59.). Über ein offen ausgeprägtes, heteroaggressives Verhalten bei vielen jugendlichen Suizidanten berichteten in neuerer Zeit auch eine Reihe amerikanischer Autoren (76,126,232,240, 382,383).

Das Konzept der gehemmten und nach innen gewendeten Aggressivität hat zwar sicherlich seinen Stellenwert im suizidalen Bedingungsgefüge, aber als ausschließliches Erklärungsmodell reicht es nicht aus (113,248).

Außerhalb des Bereichs der Aggressivität war bei unseren Patienten die Tendenz zu gehemmtem Verhalten noch geringer. 39,1% zeigten allgemein eine niedrige Hemmung (36.), und nur 17,4% waren stärker gehemmt (56.). Von der Grundstruktur der Persönlichkeit her hatten sogar 65,9% stark extravertierte Neigungen (13.). Warum unter solchen Bedingungen dann gerade die Reaktionsform des SV gewählt wurde, erscheint zunächst nicht plausibel. Nun hatte aber fast die Hälfte nur eine geringe Durchsetzungsfähigkeit (28.) und, wie in der Diskussion der sozialen Faktoren noch gezeigt werden wird (s.Kap.4.2.4.), sehr häufig Schwierigkeiten positive soziale Kontakte aufzubauen, was natürlich bei der starken Neigung zu sozialen Aktivitäten und Kontakten und bei der ausgeprägten Tendenz, sich an

andere anzuschließen (53,7%;24.), zu schweren Belastungen führen muß.

Da die allermeisten Patienten eine niedrige Frustrationstoleranz (81,6%;6.) haben, ist nicht anzunehmen, daß sie diese Diskrepanz ohne pathologische Reaktionen bewältigen können, zumal bei den meisten der Mangel an konstanter positiver Zuwendung und (Selbst)-Vertrauen gebender Bestätigung bis in die frühe Kindheit zurückreicht (s.Kap.4.2.1.).

Eine naheliegende Reaktionsform wäre gerade bei der gering ausgeprägten Normativität unserer Patienten (73,9%; 9.) das Abgleiten in eine aggressive Dissozialität, und NISSEN (266), DUCHÉ (80) und HARTMANN (147) haben ja auch auf Ähnlichkeiten zwischen dissozialen und suizidalen Jugendlichen hingewiesen (ebenso 122,333,383).

Nun ist aber die Bereitschaft, sich im Sinne externer sozialer Normen angepaßt zu verhalten bei 58,8% durchschnittlich bis groß (20.), und ausgesprochen dissoziales Verhalten, etwa in Form der Delinquenz, ist selten (s.Kap.4.2.4.). Hingegen sind vor dem Hintergrund starker allgemein neurotischer Persönlichkeitseigenschaften (81,6%;5.) Zeichen einer narzißtischen Störung, das heißt vor allem eines gestörten Selbstwert- und Identitätsgefühls, dominierend.

Die Umwelt wird im wesentlichen nur in ihrem Bezug zur eigenen Person wahrgenommen und bewertet (79,5%;8.), was häufig mit überzogenen, egoistischen Forderungen nach Zuwendung und Aufmerksamkeit verknüpft ist (68,1%; 11.). Viele haben auch eine überstarke Tendenz, im Mittelpunkt zu stehen (64,4%;17.), oder zumindest mißgönnen sie eifersüchtig anderen diese Position (55,8%;21.), da sie selbst oft nur eine negative Außenseiterposition einnehmen (s.Kap.4.2.4.). Sie zeigen also keine realitätsadäquate Reaktion auf ihre familiären und sozialen Schwierigkeiten, sondern sie beantworten die soziale und

emotionale Deprivation mit einer kompensatorischen Überhöhung ihrer eigenen Person. Auf die Dauer ist dieses narzißtische Gleichgewicht aber nicht gegen die Realität aufrechtzuerhalten, und aus der Überbewertung der eigenen Person resultieren dann um so größere Minderwertigkeitsgefühle (55,6%;22.).

Dieses Bild einer narzißtischen Störung entspricht ziemlich genau dem Erklärungsmodell, das HENSELER für die präsuizidale Entwicklung von Erwachsenen gegeben hat (154,155), und das BRON bei älteren, stationär psychiatrisch behandelten suizidalen Jugendlichen bestätigen konnte (47,48,) (ähnlich 40,73,126,194).

In diesem Konzept ist der Suizid der letzte Ausweg, nachdem die narzißtischen Kompensationsmechanismen unter dem Druck der Realität schließlich versagt haben. Dabei wird der mögliche Tod nicht realistisch als Auslöschung gesehen, sondern mehr als harmonischer Primärzustand (2), als Erlösung oder sogar als Triumph über alle Widrigkeiten und Feinde (s.a.Kap.1.5.1.), worin dann wieder die aggressive Komponente sichtbar wird.

Diese Sicht der Suizidalität wird auch von nicht psychoanalytisch orientierten Autoren geteilt, wenn sie auch eine andere Terminologie verwenden. Der DDR-Autor KULAWIK sieht z.B. eine "unsichere, verstärkt umweltabhängige und ichbezogene Einstellung" (188,S.261) als wichtiges Moment in der Pathogenese der Suizidalität.

Im Rahmen dieses Konzepts lassen sich auch leicht die starken latenten (67,4%;12.) und offenen Ängste (44,9%; 31.) unserer Patienten als Folge dieser labilen, ständig von Enttäuschungen bedrohten Situation erklären. Am häufigsten ist die Angst vor den Eltern (83,3%;3.), da dieser Bereich für unsere noch sehr jungen Patienten den höchsten emotionalen Stellenwert hat und am konfliktreichsten ist (s.Kap.4.2.4. und 4.2.5.). Die

Angst im schulisch/beruflichen Bereich ist mit 61,4% (18.) zwar auch recht häufig, aber nur ganz wenige (4,6%;67.) haben diese Angst ohne gleichzeitige Angst vor den Eltern, so daß die Schulangst wohl zum größten Teil nur ein Sekundärphänomen ist (ebenso 109,266, 276,289,318), gerade wenn man an die häufige Tendenz zur Angstverschiebung (65,6%;14.) denkt. Andere Ängste sind sehr viel seltener; insbesondere Angst im sexuell/partnerschaftlichen Bereich kommt nur bei 18,75% der Patienten vor (54.). Das kann allerdings durch das niedrige Durchschnittsalter bedingt sein.

Neben den Störungen im Bereich der Aggressivität und des Selbstwertgefühls werden zunehmend auch depressive Syndrome als suizidogener Faktor bei Kindern und Jugendlichen (45,223,240,260,261,266,275,277,359,360,368,377, 378,382,383,419,s.a.Kap.1.5.3.) wie auch bei Erwachsenen (239,241,254,290,340) beschrieben.

In unserem Patientengut zeigten aber nur 36,2% starke depressive Tendenzen (40.). Dieser Faktor spielte also zunächst schon rein quantitativ eine deutlich geringere Rolle als die beiden anderen Problembereiche. SCHNEER, der bei 30% seiner suizidalen Jugendlichen depressive Symptome fand, weist auch mit Recht darauf hin, daß es sich hierbei um keine diagnostische Einheit handelt, sondern nur um einen Ausdruck anderer Grundstörungen (324), und auch bei uns war die Depression eher äußeres Symptom, denn die schwache normative Prägung unserer Patienten macht zusammen mit der eindeutig extravertierten Haltung primär depressive Persönlichkeitseigenschaften, wie sie etwa von ZERSSEN et al. (420) beschrieben worden sind, unwahrscheinlich.

BIBB und GUZE (26) sowie WEISSMAN et al. (401) sahen bei ihren jüngeren Patienten mit SV eher hysterische Persönlichkeitstypen mit nur sekundären depressiven Symptomen, was mit den Ergebnissen bei unseren Patienten

eher übereinstimmt, bei denen 42,6% (32.) starke hysterische Tendenzen zeigten, die angesichts der übrigen psychischen Befunde auch als durchaus persönlichkeits-typisch anzusehen sind. OTTO berichtet von 35,7% hysterischen Persönlichkeitstypen unter seinen jugendlichen Suizidanten (274), und NAGY gibt sogar eine Rate von 60% an (255).

Die hysterischen Tendenzen und die anderen häufiger pathologisch ausgeprägten Eigenschaften, wie Labilität (81,8%;4.), Impulsivität (64,4%;16.) und Suggestibilität (48,9%;27.) haben neben ihrer allgemein pathogenen Bedeutung für die Gesamtentwicklung sicher auch eine konkret bahnende Wirkung auf das aktuelle suizidale Verhalten gehabt, und zwar so, daß das suizidale Klima in der Umgebung der Patienten suggestiv wirksam werden konnte (s.a.Kap.4.2.1.), und daß kurzschlüssig (s.a.Kap. 4.2.5.) eine so ausgesprochen Aufsehen erregende Reaktionsform wie der SV gewählt wurde.

Einen Teil der bisher beschriebenen psychischen Auffälligkeiten könnte man aber auch mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion in Verbindung bringen, wie das etwa ROHN et al. versucht haben, die in einer Untergruppe ihres jugendlichen, suizidalen Patientenguts bei 60% im Bender-Gestalt-Test Hinweise auf eine MBD fanden (304). In unserer Untersuchung waren bei 38,2% der Patienten (38.), die entsprechenden psychodiagnostischen Untersuchungen unterzogen worden waren, die cerebralen Funktionen auffällig; sehr auffällig waren in dieser Beziehung allerdings nur 2,9% (68.). Es waren also überwiegend nur diskrete Hinweise für eine cerebrale Beeinträchtigung vorhanden, die weder anamnestisch noch neurologisch ausreichend verifiziert werden konnten, und somit in ihrer Wertigkeit fraglich waren, was auch CASEY (61) in einer Kritik an den Ergebnissen von ROHN betont. Außerdem kann eine chronische emotionale und soziale Deprivation zu

gleichen Störungen führen.

Daß die Handlungsintelligenz nur bei 16,2% niedrig war (58.), während immerhin ein Viertel eine niedrige verbale Intelligenz zeigte (48.), würde eher für die Bedeutung des Umweltfaktors sprechen. Die sehr häufigen Intelligenzprofilschwankungen (88,9%;1.) und die Diskrepanz zwischen der potentiellen Fähigkeit zu intelligentem Verhalten (25.) und der tatsächlich verifizierten Intelligenz (41.) sind im gleichen Sinn als potentiell multidimensional determiniert anzusehen. Dabei war die Gesamtintelligenz unserer Patienten nur bei 19,1% niedrig (53.), während sie bei fast doppelt so vielen hoch war (41.), und die Intelligenzkapazität war sogar bei 52,6% (25.) als hoch zu bezeichnen. Über ein eher überdurchschnittliches Intelligenzniveau bei suizidalen Kindern berichten auch LAWLER et al. (192), SHAFFER (333) und das BRITISH MEDICAL JOURNAL in einem Editorial (45) (s.a.Kap.1.5.3.).

Wenn man wie JACOBS und TEICHER (163,164,373) den SV von Jugendlichen überwiegend als letzten Konfliktlösungsversuch nach vielen anderen, gescheiterten Lösungsversuchen begreift, kann es nicht überraschen, daß eine solche Strategie selten mit intellektueller Unterbegabung verbunden ist.

Im Gegensatz zu dem guten allgemeinen Intelligenzniveau und der immerhin bei 75% guten bis durchschnittlichen verbalen Intelligenz ist die mangelhafte Fähigkeit zu situationsadäquater Kommunikation (ähnliche Befunde bei 41,63,133,216,219,231,318,381,382,383,410) bei 61% (19.) sehr auffällig. Hierin ist zum Teil wohl auch die Unfähigkeit begründet, an Stelle des SV andere, konstruktive Kommunikationsformen oder Problemlösungsversuche zu wählen (s.d.a.182,346), abgesehen davon, daß durch diese Unfähigkeit schon vorher zusätzlich Konflikte im familiären und schulischen Bereich entstehen können.

Diese Problematik wird durch die geringe Motivation, sich stellende Aufgaben konsequent zu lösen (46,2%; 29.), und durch die irrealen Zielsetzung (41,5%; 33.) bei vorhandener Motivation verstärkt. Die überwiegend durch Angst vor Mißerfolg bestimmte Motivation (68,4%; 10.) kann sich außerdem in sich verschärfenden Konfliktsituationen als nicht mehr tragfähig erweisen, da der Mißerfolg ja sichtbar nicht mehr abgewendet werden kann, und eine "vertrauensvolle Erwartung" (95) oder "fundamentale Hoffnung" (286) auf eine Wendung zum Guten fehlt. Dieses (Ur-)Vertrauen ist es aber wohl, das dem Menschen die Kraft gibt, Enttäuschungen, Kränkungen oder Verluste auch ohne sofortige Abhilfemöglichkeit zu ertragen (s.d.a.40,209,250,318,339,365,373,423).

Alle bisher beschriebenen pathologischen oder zumindest auffälligen Symptome und Persönlichkeitseigenschaften machen die Kinder und Jugendlichen aber noch nicht zum "Suizidär" (7). 50% haben überhaupt noch nie Selbstmordgedanken gehabt (26.), und nur ein gutes Fünftel hatte sie häufig (50.), was für pubertierende Jugendliche sicher nicht auffällig ist. Nach LOURIE hatten in einer Gruppe von normalen Schulkindern schon 54% einmal Suizidgedanken gehabt, und unter Jugendlichen mit emotionalen Problemen waren es sogar 70% gewesen (212). Über etwas niedrigere Prozentsätze berichten STORK (360) und BIENER (28).

Der Umschlag in die Suizidalität muß also bei unseren Patienten mehr oder minder abrupt, situational (s.Kap. 4.2.5.) bedingt gewesen sein, während die psychischen und sozialen Faktoren (s.Kap.4.2.4.) mehr im Sinne einer allgemeinen, aber keineswegs streng spezifischen Disposition wirken. Hierin befinden wir uns in Übereinstimmung mit JACOBS (163,164) und TEICHER (371,372,373, 374), die ebenfalls der situationalen Eskalation die größte Bedeutung zumessen, wenngleich diese Autoren die

hintergründige Determinierung durch anamnestische, somatische, psychische und soziale Faktoren wohl zu stark relativieren.

4.2.4. Diskussion der sozialen Daten

Von den äußeren, sozial determinierenden Faktoren nimmt die Zugehörigkeit zur Unterschicht mit 62,8% den höchsten Stellenwert ein (2.). 1967/68 gehörten bei Verwendung des gleichen Schichtmodells von KLEINING und MOORE 53% der rheinland-pfälzischen Bevölkerung zur Unterschicht (176). Da dieses Modell vom Beruf des Haushaltsvorstandes ausgeht, und in der letzten Dekade die Zahl undifferenzierter und niedrig eingeschätzter Berufe zugunsten von differenzierten Tätigkeiten eher abgenommen hat, ist die Überrepräsentierung der Unterschicht wahrscheinlich noch stärker als aus diesem Vergleich ersichtlich.

Noch deutlicher wird dieser Trend, wenn man nur die untere Unterschicht betrachtet: 31,4% unserer Patienten kommen aus dieser Schicht (s.Kap.6.1.4. Item 4.1.), während es 1967/68 in Rheinland-Pfalz nur 20% waren (einschließlich der Gruppe der sozial Verachteten). Die Mittel- und Oberschicht waren in unserem Patientengut entsprechend unterrepräsentiert. Soweit die Schichtzugehörigkeit der Patienten von anderen Autoren berücksichtigt wird, stimmen deren Ergebnisse mit unseren überein (23,130,215, 232,328,372,373).

Mit einem gewissen Recht wird dagegen aber auch kritisch eingewandt, daß Eltern aus Mittel- und Oberschicht den SV ihres Kindes viel stärker als sozialen Makel und persönliches Versagen empfinden, und deshalb auch möglicherweise viel häufiger als Unterschichteltern zum Vertuschen neigen (167,168,189,399,400). So sind etwa bei den schwer zu verheimlichenden erfolgreichen Suiziden die Mittel-

und Oberschicht nicht unterrepräsentiert (168,189,332).

Aber auch wenn man die Überrepräsentierung der Unterschicht als gegeben akzeptiert, ist damit zunächst wenig erklärt, denn die Einkommensverhältnisse der Familien sind keineswegs ungewöhnlich schlecht. 75% verfügen über ein Familiennettoeinkommen von 1400 DM und mehr (7.u.8.), während 1977 (!) nur 74,8% aller Mehrpersonenhaushalte in der BRD mit ihrem Haushaltsnettoeinkommen über dieser Grenze lagen (57). Umgekehrt sind nur 4,1% der Familien Sozialhilfeempfänger, so daß materielle Not kaum ein gewichtiger Faktor sein kann. Auch stehen den 22,9% schlechten Wohnverhältnissen (18.) 25% gute Wohnverhältnisse gegenüber (16.), und nur 13,7% leben in einer unvollständigen Familie ohne einen sozialen Vater und eine soziale Mutter (28.). Außerdem kam es seit der Geburt des Patienten viel häufiger zu einem sozialen Aufstieg der Familie (33,3%;11.) als zu einem Abstieg (22,5%;20.). Äußerlich bietet sich damit also in der Mehrzahl der Fälle durchaus das Bild ökonomisch und sozial geordneter Verhältnisse.

Etwas ungünstiger erscheint die Situation dadurch, daß bei einem knappen Drittel die Mutter oder beide Eltern beruflich stark belastet sind (14.); dafür ist bei 32,7% die Mutter überhaupt nicht berufstätig (13.). Somit sind hier keine klaren Aussagen möglich.

Auffälliger hingegen ist die große Zahl von Familien mit nur geringen Außenkontakten (52,3%;5.), wohingegen nur 18,2% (24.) zahlreiche Außenkontakte unterhalten. Ein Symptom, das für eine mangelhafte gesellschaftliche Integration der Familie spricht. Mangelhafte Integration wird aber seit DURKHEIMS berühmter Arbeit über den Suizid im vorigen Jahrhundert (86) in der soziologischen Suizidforschung als entscheidender Faktor in der sozialen Determinierung des suizidalen Verhaltens gesehen (197,246,310).

Es sind aber nicht nur die Familien sondern auch die Patienten selbst, die Zeichen einer mangelhaften sozialen Integration zeigen. Ein Drittel hat nur geringe soziale Kontakte außerhalb der Familie (12.), und in Gruppen von peers sind über zwei Drittel konforme Mitläufer (1.), wenn sie nicht sogar negative Außenseiter sind (16,3%;25.). In der Schulklasse, also in einer Gruppe, die sich die Patienten nicht frei wählen konnten, und die eine stärkere Anpassungsfähigkeit erfordert, sind sie zu über der Hälfte negative Außenseiter (4.). Dieser außerfamiliäre Bereich, dem für die Sozialisation von Kindern und Jugendlichen zunehmend Bedeutung zugemessen wird (209,262), kann also bei unseren Patienten keine kompensatorische Funktion für die gestörten Familienverhältnisse (s.Kap.4.2.1.) übernehmen. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch JAN-TAUSCH (169) und JACOBS (163).

Aber auch innerhalb der Familie ist die normale soziale Interaktion gestört. So ist mit 7,7% (30.) ein kodominantes Verhältnis zwischen den Eltern angesichts der mehr partnerschaftlich orientierten gesellschaftlichen Leitbilder überraschend selten. Möglicherweise wurde hier ein negatives Vorbild im Sinne autoritärer, unkooperativer und kommunikationsfeindlicher Verhaltensweise gegeben, wie sie von WILLIAMS und LYONS (410) in den Familien suizidaler Jugendlicher gefunden wurden.

Für eine Störung der familiären Interaktion spricht auch die Analyse des Erziehungsstils. Bei fast der Hälfte war überhaupt kein annähernd einheitlicher Stil erkennbar (6.); meistens schwankte man zwischen Repression und gleichgültigem laissez-faire Verhalten hin und her, ganz ähnlich wie es MC INTIRE und ANGLE (232) in einer Vergleichsgruppenuntersuchung als charakteristisch für die Familien suizidaler Jugendlicher beschrieben haben. Die Patienten dieser Autoren reagierten auf die überstarke Kontrolle mit Depression und unterdrückter Ag-

gressivität und unter Umständen mit einem SV; auf das dann folgende gefühlskalte laissez-faire-Verhalten ihrer Eltern antworteten sie dann wieder mit offener Aggression, die wieder Repression zur Folge hatte usw. ("rejection cycle"). Das wäre auch bei unseren Patienten eine plausible Erklärung für das uneinheitliche Aggressionsverhalten (s.Kap.4.2.3.).

Ein konsequent repressiver Erziehungsstil war mit 22,9% (11.) fast genauso häufig wie eine überwiegende laissez-faire-Haltung (20,8%;22.). Die Überlegung von HARTMANN, daß eine Kombination von strenger Führung bei geringer emotionaler Zuwendung Kinder und Jugendliche zur Suizidalität disponiere, während geringe Zuwendung und geringe Führung dagegen eher zur Dissozialität führe (147, ähnlich 130) können wir also so nicht bestätigen.

Allerdings spricht die ausgesprochene Seltenheit von überbehütenden (4,2%;33.) und ausgeglichen-fürsorglichen (4,2%;34.) Erziehungsstilen dafür, daß in einer Atmosphäre konstanter positiver Zuwendung suizidale Tendenzen selten sind. Die Häufigkeit von Deprivationsmerkmalen (s.Kap.4.2.1.), der subjektiv empfundene Mangel an elterlicher Zuwendung (s.Kap.4.2.5.) und auch die Unterrepräsentierung von Einzelkindern deuten in dieselbe Richtung.

Dabei erscheinen die Jugendlichen, ganz ähnlich wie ihre Familien, äußerlich gesehen sozial weitgehend unauffällig. 31,4% besuchen eine Real- oder Oberschule (15.) und nur 5,9% eine Sonderschule. Um einen ganz groben Vergleich zu geben: Zwischen 1969 und 1977 besuchten von den Schülern an allgemeinen Schulen in der BRD im Durchschnitt 28,2% eine Real- oder Oberschule und 3,8% eine Sonderschule (57). Auch die Delinquenzrate von 13,7% (29.) kann man nicht als übermäßig auffällig bezeichnen, und nur bei 2,0% bestanden Maßnahmen der öffentlichen Jugendhilfe, während 1973 für 4,1% aller Minderjährigen

in der BRD solche Maßnahmen notwendig waren (57). Allerdings ist unsere Fallzahl für einen echten Vergleich zu klein.

Unter Hinzunahme der Items aus der Anamnese über die Deprivationsmerkmale kann man zusammenfassend sagen, daß sowohl bei der Familie als auch beim Patienten selbst offene Zeichen von Dissozialität selten sind, während diskretere Zeichen unzureichender sozialer Integration und mangelhafter sozialer Anpassungsfähigkeit sehr häufig sind. Patient und Familie befinden sich sozusagen in einem Stadium zwischen Dissozialität und normaler sozialer Stabilität, und die kindliche und jugendliche Suizidalität kann man ja ebenfalls als eine Übergangsform zwischen sozial angepaßtem Konfliktlösungsverhalten und dissozialem Verhalten interpretieren.

Ein bezeichnendes Beispiel dafür geben zwei Patientinnen, die in eindeutig dissozialen Verhältnissen lebten. Sie hatten schon vor dem SV Tendenzen, sich von dem dissozialen Milieu zu lösen, und die Katamnese zeigt, daß sie das auch später erfolgreich durchgesetzt haben. Die suizidale Phase könnte man hier als Teil eines Zwischenstadiums auf dem Weg von der Dissozialität zur endgültigen Stabilisierung deuten; ein Stadium, in dem sich die anderen Patienten von vornherein befanden.

4.2.5. Diskussion der situationalen Daten

In den vorangegangenen Kapiteln der Diskussion wurden im wesentlichen chronisch wirksame Bedingungen besprochen. Nun soll diskutiert werden, welche Faktoren die konkrete Eskalation zum SV begünstigen, ob prämonitorische Zeichen vorhanden waren, und was das Denken der Patienten bewußtseinsnah und konkret bestimmte. Dafür

wurde ein Zeitraum von 3 Monaten vor dem tentamen gewählt, da weiter zurückliegende Ereignisse bei der Impulsivität und Labilität unserer Patienten (s.Kap.4.2.3.) wohl überwiegend hintergründig und mehr oder minder unbewußt in der aktuellen Situation zum Tragen kamen, wie ja pubertierende Jugendliche überhaupt mehr auf den Augenblick und die konkrete Zukunft hin orientiert sind.

Es sind aber trotzdem weniger völlig neue Konflikte, die etwa plötzlich im familiären (18,0%;23.) oder schulischen Bereich (3,9%;42.) auftreten, sondern bei fast 2 Dritteln spitzt sich das schon aus den vorangegangenen Kapiteln der Diskussion bekannte konfliktreiche Verhältnis zu den Eltern weiter zu (8.), und bei über einem Drittel verschärfen sich die bereits vorhandenen schulischen Schwierigkeiten (15.). Auch im Verhältnis zu anderen Personen überwiegt, wenn auch nicht so ausgeprägt, die Zuspitzung bereits vorhandener Konflikte (17.).

Diese Eskalation bereits bestehender Konflikte in der Phase vor dem SV ist in ähnlicher Weise auch von JACOBS (163), TEICHER (373) und SCHNEER (324) beschrieben worden. Bei unseren Patienten hatte aber speziell die Konfliktverschärfung mit den Eltern eine größere Bedeutung als andere Faktoren, was unter anderem auch aus dem niedrigeren Alter unserer Patienten resultiert, die eben noch stärker familienorientiert sind als ältere Jugendliche. Zu bedenken ist dabei auch, daß beinahe alle anderen Teilkonflikte einer familiären Stellungnahme oder Bewertung unterliegen, und es schon von daher zu einer Kumulation intrafamiliärer Kommunikationsstörungen kommen kann.

Andere akute Stressfaktoren wie Umzüge (7,8%;38.), Schulwechsel (9,8%;34.), Trennung von emotional wichtigen Personen (14,0%;25.) und Veränderungen der materiel-

len Verhältnisse der Familie (3.) spielten bei unseren Patienten im Gegensatz zu den oben genannten Autoren nur eine untergeordnete Rolle.

Entsprechend nehmen bei den vordergründigen und den Patienten bewußtseinsnahen Motiven die Konflikte mit den Eltern den höchsten Rangplatz ein (93,3%;1.). Daß gleichzeitig bei 82,2% der Mangel an Zuwendung durch die Eltern (4.) im Motivationsgefüge des SV auftaucht, zeigt, wie sehr diese Kinder und jüngeren Jugendlichen noch emotional auf ihre Eltern angewiesen sind. Eine Konfliktlösungsstrategie des äußeren oder inneren Bruchs mit den Eltern ist ihnen deshalb noch nicht möglich. Auch sind die außerfamiliären Kompensationsmöglichkeiten gering, denn bei knapp zwei Dritteln steht die tatsächliche oder vermeintliche Geringschätzung durch andere (11.) in Zusammenhang mit der Suizidmotivation, und bei 42,2% sind es die Konflikte mit Gleichaltrigen, die suizidmotivierend wirken (13.).

Die Vergleichbarkeit dieser Motivhäufigkeiten mit den Angaben anderer Autoren ist begrenzt, da die meisten anderen Autoren nur ein Hauptmotiv pro Fall annehmen, während wir von vornherein von einem "Motivbündel" (183) ausgingen und so entsprechend überall viel höhere Zahlen erhielten. Die Bedeutung familiärer Konflikte wird aber auch von anderen Untersuchern hoch angesetzt (8-37%; 96-53%; 242 über 50%; 290-40,5%; 328-32,6%; 338-40,9% u.a.).

Ganz interessant ist in diesem Zusammenhang die Meinung BÖCKERS: "Bei" familiären Auseinandersetzungen" veranlassen in der Jugend Streitigkeiten mit den Eltern die Kinder zum Selbstmordversuch, im Alter reagieren hingegen die Eltern in dieser Weise auf den Streit mit ihren Kindern" (34, S.46/47). Der SV kann so als Reaktionsform des jeweils Abhängigen gesehen werden.

Konflikte im schulischen Leistungsbereich nehmen als Suizidmotiv bei unseren Patienten mit 38,3% (14.)

zwar einen wichtigen, aber keineswegs dominierenden Stellenwert ein. Die meisten Angaben in der Literatur liegen mit 4,7% (8) bis 27% (291) viel niedriger, da auch bei manifesten Schulkonflikten mit Recht das eigentliche Motiv im familiären Bereich gesucht wird (27,110, 266,274,288,318,371,378,384).

Das bei Erwachsenen häufigere Motiv der Vereinsamung (200,289) spielte bei unseren Patienten mit 20,8% (22.) eine untergeordnete Rolle, ebenso wie der "Liebeskummer", der sonst üblicherweise gerne mit der Suizidalität Pubertätierender in Verbindung gebracht wird, und der in der Untersuchung von OTTO mit 40,3% sogar das häufigste Motiv war (274). Diese Diskrepanz läßt sich ebenfalls leicht mit dem niedrigeren Alter unserer Patienten erklären, bei denen ja überhaupt die den SV auslösende Situation nur zu 11,8% ausschließlich im extrafamiliären Bereich lag (31.).

Schwieriger als die Motive sind die mit dem SV verbundenen Intentionen zu beurteilen, denn die Patienten selbst neigen häufig dazu, entweder stark zu dissimulieren oder aus Angst, nicht ernst genommen zu werden, einen eindeutigen Todeswunsch anzugeben, obwohl das Arrangement des SV klar dagegen spricht. Auch kann man bei den suizidalen Jugendlichen noch weniger als bei Erwachsenen (252) erwarten, daß sie sich bei ihrem SV eindeutig im klaren sind, welche Absichten sie damit verfolgen (s.a.Kap.1.5.2.). Jedenfalls wäre eine einfache Unterscheidung zwischen demonstrativem und ernsthaftem SV zu oberflächlich und auch von zu geringem Erklärungswert.

Bei unseren Patienten konnten wir in Anlehnung an FEUERLEIN (104) in unterschiedlicher Häufigkeit vier z.T. gegensätzlich z.T. sich überlagernde Hauptintentionen finden, die oft gleichzeitig bestanden: 1. der Wunsch nach Entlastung und Entspannung in einer ange-

spannten, konfliktreichen Situation (situationaler Entlastung; parasuizidale Pause), 2. den Versuch durch die appellative Kraft des SV Hilfe, Zuwendung und Verständnis zu bekommen ("parasuizidale Geste" (104); "cry for help" (99)), 3. das Bestreben durch den SV bei Eltern und Bekannten Trauer und Schuldgefühle hervorzurufen, und sie damit für 'Ungerechtigkeiten' zu bestrafen, und 4. echte autoaggressive Tendenzen, die mit dem Wunsch nach 'Selbstausslöschung' verbunden waren (zu den Todesvorstellungen s.Kap.1.5.1.).

Der Wunsch nach situationaler Entlastung war mit 69,7% bei unseren Patienten bei weitem am häufigsten vertreten (6.), was mit der häufigen Wahl von Hypnotika parallel geht. Gut die Hälfte zeigte auch appellative Tendenzen (12.), während heteroaggressive (23,3%;21.) und autoaggressive Absichten (8,7%;37.) deutlich zurücktraten.

Diese Häufigkeitsverteilung stimmt gut mit der bereits mehrfach erwähnten Hypothese überein, die kindliche und jugendliche Suizidalität als Konfliktlösungsstrategie begreift. Auch die Interpretation des SV als Kommunikationsversuch paßt in diesen Rahmen, während die Aggressionswendung nach innen bei unseren jungen Patienten kaum zum Tragen kam.

BRON fand in seiner Arbeit über ältere Jugendliche bei 61% appellative Tendenzen, bei 12% eine parasuizidale Pause und bei immerhin 27% überwiegend selbstdestruktive Absichten (47). Der regressive Wunsch nach Schlaf und Vergessen scheint also eher für kindliche Suizidanten charakteristisch zu sein.

Der deutlichste Beleg für den geringen selbstzerstörischen Charakter der kindlichen Suizidalität sind die 92,2%, bei denen die objektive Möglichkeit zur Hilfe bei oder unmittelbar nach dem SV groß war (2.), was zumindest den älteren Kindern auch vorher bewußt sein mußte.

Auch für das kontinuierliche Hineinsteigern in Suizid- oder Aggressionsphantasien im Rahmen eines präsuizidalen Syndroms lassen sich keine Anhaltspunkte finden. Bei zwei Dritteln kommt es erst unmittelbar vorher (7.), und bei weiteren 11,1% Stunden vorher (32.) zur Konkretisierung der Suizidgedanken. Über den ausgesprochen impulsiven Charakter des kindlichen SV berichten auch viele andere Autoren (69,140,231,287,291,337,370). Entsprechend sind auch vage Suizidgedanken nicht häufiger als sonst; über die Hälfte hat vorher überhaupt keine (folgt aus 19.u.20.).

Deshalb kann es auch nicht überraschen, daß nur 12,5% Suizidgedanken äußern (28.), und daß nur eine kleine Minderheit auf ihre Absicht unmittelbar vorher eindeutig (14,6%;24.) oder angedeutet (12,5%;29.) hinweist. Auch in der Untersuchung von SCHWAB kündigten 86% der jugendlichen Suizidanten ihren SV nicht an (328). Im Gegensatz dazu sind bei erwachsenen Suizidanten Hinweise oder Ankündigungen sehr viel häufiger (178-69%;202-56%;299-80%;303-69%;321-58,6%). Möglicherweise setzen Erwachsene direkte oder indirekte Drohungen mit dem beabsichtigten Suizid sehr viel überlegter als Druckmittel ein.

In Untersuchungen, die sich spezieller mit Kinder und Jugendlichen beschäftigen, wurden Rückzugsverhalten (bei uns 12,5%;27.), ungewohnte Verhaltensstörungen (bei uns 5,9%;39.) bzw. 'unmotivierte' Verhaltensänderungen (bei uns 4,1%;40.) und Delinquenz (bei uns 9,8%;35.) als prämonitorische Zeichen besonders häufig gefunden (76,163,208,225,260,263,373), während bei uns solche Hinweise ausgesprochen selten waren, obwohl wir, ursprünglich von der RINGELschen Hypothese des präsuizidalen Syndroms ausgehend, ganz gezielt nach Symptomen dieses Syndroms fahndeten. Nur die 10,2% Suizide oder Suizidversuche in der Umgebung des Patienten (33.)

sind etwas auffälliger, ohne daß man daraus weitreichendere Konsequenzen ableiten könnte.

Auch OTTO (272) hat bei seinen jugendlichen Patienten, abgesehen von depressiven Symptomen, kein spezifisches präsuizidales Syndrom gefunden. Eine interessante Hypothese entwickelt LITMAN (204) dazu. In seiner Untersuchung waren die männlichen jugendlichen Suizidanten vorher nach außen völlig unauffällig, was er auf ihre Unfähigkeit zu verbaler und non-verbaler Kommunikation zurückführt, und diese Unfähigkeit wieder disponiert die Jugendlichen zu suizidalem Verhalten.

Die Bevorzugung der elterlichen Wohnung als Ort des SV durch 80,4% unserer Patienten (5.) stimmt mit den Angaben in der Literatur überein (280-79%; 304-87%; 328-63%). Die Erklärung dafür könnte in der Impulsivität des Entschlusses gesucht werden, aber man könnte auch einen verzweifelten Wunsch nach Kommunikation mit den Eltern darin sehen (219), ganz ähnlich wie das LINDEN für suizidale Erwachsene beschrieben hat, die beim SV in ihrem sozialen Umfeld blieben (202).

Die Häufung der SV vor allem zwischen Dezember und Februar (35,3%; 16.) könnte man spekulativ als Folge des langen wetterbedingten Zusammenseins mit der Familie auf engem Raum in den Wintermonaten deuten, wodurch intrafamiliäre Spannungen verschärft werden. Bei einem Vergleich von jüngeren und älteren Suizidanten fand DANEEL eine signifikante Bevorzugung der Herbst- und Wintermonate durch die Jüngeren (74), was zu unserem Ergebnis passen würde. Es gibt aber auch Autoren, die keine bedeutenden jahreszeitlichen Schwankungen fanden (328, 384), oder die andere Maxima angeben (168-April-Juni; 304-Sommer-Herbst).

Die starke Bevorzugung des Wochenanfangs für den SV (bei uns 23,5% am Montag, s. Kap. 6.1.5. Item 5.46.) wird hingegen allgemein gefunden (29, 134, 271, 328).

Die Schwankungen im Verlauf des Tages (s.Kap.6.1.5. Item 5.45.) entsprechen dem natürlichen Lebensrhythmus der Jugendlichen und sind deshalb ohne besondere Bedeutung.

4.2.6. Diskussion der signifikanten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen

Daß die Mädchen in der Pubertätsentwicklung weiter fortgeschritten waren (2.6), und daß die Jungen eine stärkere Tendenz zu offener Aggression (3.30.) und zu delinquentem Verhalten zeigten (4.39.u.5.10), kann man als normalen, geschlechtsspezifischen Unterschied interpretieren, obwohl das häufigere delinquente Verhalten der Jungen auch Ausdruck einer tiefergreifenden Persönlichkeitsstörung sein kann. Auch die häufigeren Operationen vor dem 6.Lebensjahr bei den Jungen (1.28.) können auf allgemeine geschlechtsspezifische Unterschiede zurückgeführt werden; das Unfallrisiko von Jungen kann z.B. größer sein oder ihre biologische Resistenz geringer.

Die größere Häufigkeit der Aufnahme von Kontakten zu neuen, für den Patienten emotional wichtigen Personen und Gruppen bei den Mädchen in den letzten 3 Monaten vor dem Suizidversuch (5.8.) entspricht zwar einerseits der üblicherweise bei den Mädchen früheren Interessenverlagerung zu Tanzveranstaltungen, Kontakten zum anderen Geschlecht usw., aber es kann anderseits auch ein Fluchtversuch vor den belastenden Familienverhältnissen sein, die bei den Mädchen viel schlechter sind als bei den Jungen.

Die Mädchen sind in den letzten zwei Jahren häufiger deprivierenden Familienverhältnissen ausgesetzt (1.47.), in ihren Familien findet man mehr Süchte (1.40.) und Äußerungen von Selbstmordgedanken (1.36.) und geringere

soziale Außenkontakte der Gesamtfamilie (4.30.).

Ebenso sind auch die äußeren sozialen Verhältnisse ungünstiger: Die Patientinnen wohnen häufiger in sanierungsbedürftigen Altbauten oder sogar in Obdachlosensiedlungen (4.14.), sie haben seltener ein Telefon in der Wohnung (4.24.) und beide Eltern oder zumindest die Mutter sind bei ihnen häufiger beruflich stark belastet (4.26.).

Die Mädchen leiden unter diesen ungünstigen Umweltverhältnissen auch stark, wie man dem hoch signifikant häufigeren Suizidmotiv 'mangelnde Zuwendung durch die Eltern' (5.30.) entnehmen kann.

Im Vergleich zu den suizidalen Jungen eindeutig schlechtere familiäre und soziale Verhältnisse bei den Mädchen beschreiben auch AMIR (8), FICKER (109) und CERNY (65). Die Ursache dafür liegt möglicherweise in den größeren Kompensationsmöglichkeiten von ausreichend vitalen Jungen in der gleichen Situation. Sie können Aggressionen leichter nach außen abreagieren und auch eher in peer-Gruppen einen Ausgleich finden, wodurch der Rückzug aus den deprivierenden Familienverhältnissen leichter fällt, während in unserem Patientengut die Mädchen eindeutig geringere soziale Kontakte außerhalb der Familie haben (4.34.), unter Gleichaltrigen fast ausschließlich einen Mitläuferstatus einnehmen (4.36.) und in der Freizeit eine passiv-ziellose Haltung zeigen (4.37.), so daß die bedrückende familiäre Situation noch stärker zum Tragen kommen kann. Inwieweit die bei den Mädchen signifikant häufigeren, stärker neurotischen Persönlichkeitsstrukturen (3.14.) Folge dieser Konstellation sind oder eher Ursache für eine erhöhte Vulnerabilität, muß offenbleiben.

Bei den Jungen spielen dagegen primär persönlichkeits-eigene Faktoren auf jeden Fall eine wichtige Rolle, denn sie leben unter eindeutig besseren äußeren Bedin-

gungen als die Mädchen (s.o.), und sie zeigen schon als Kleinkinder häufiger eine verzögerte psychomotorische Entwicklung und hochsignifikant häufiger Auffälligkeiten des kindlichen Spielverhaltens (1.15.) und eine Enuresis acquisita (1.18.). Die signifikant schlechtere schulische Leistungstendenz (1.63.) der Jungen weist ebenfalls in die Richtung primäre Persönlichkeitsstörung, da das Intelligenzniveau sich nicht von dem der Mädchen unterscheidet und vom häuslichen Milieu her eher bessere Voraussetzungen vorhanden sind.

Für eine wirklich fundierte Aussage ist aber vor allem die Fallzahl unserer männlichen Patienten zu klein. Da aber auch andere Autoren ähnliche Hinweise auf eine stärkere Umweltabhängigkeit der Suizidalität von Mädchen fanden und einen größeren Einfluß 'endogener' Faktoren bei den suizidalen Jungen (8,23,130,223,225,273), wäre es interessant, dieser Frage in weiteren Untersuchungen gezielter nachzugehen.

5. ZUSAMMENFASSUNG

In einer einführenden Literaturübersicht wurde zunächst dargestellt, daß Kinder- und Jugendsuizidalität keineswegs ein spezielles Problem unserer heutigen Gesellschaft ist, sondern ein ubiquitäres Phänomen, das in den unterschiedlichsten Gesellschaftsformen und für verschiedene historische Epochen beschrieben worden ist.

Bei der Analyse des statistischen Materials fanden sich keine Hinweise für besonders hohe Suizidraten bei den 10-15 Jährigen in der BRD, wenn man die Zahlen aus dem Kaiserreich und der Weimarer Republik zum Vergleich heranzieht. Eine gewisse relative Zunahme der Suizidraten bei den Jungen in den letzten 25 Jahren ist allerdings erkennbar.

Die Suizidversuche nehmen dagegen in der BRD wie auch in den meisten anderen westlichen Ländern unter Verschiebung des Altersschwerpunktes zu immer jüngeren Altersgruppen sehr stark zu. Bei den 10-15 Jährigen scheinen die Mädchen besonders stark von diesem Trend betroffen zu sein.

Nach einem Exkurs über die wichtigsten allgemeinen Theorien des suizidalen Verhaltens wurden die Besonderheiten der kindlichen und jugendlichen Suizidalität beschrieben, die durch Unterschiede in der Einstellung zum Tod, durch Eigenheiten der suizidalen Intentionalität, durch die relative Seltenheit tiefgreifender psychischer Alterationen und durch die besondere Vulnerabilität gegenüber deprivierenden Umweltbedingungen gekennzeichnet ist.

Die Daten der Krankenakten und der psychologischen und psychiatrischen Untersuchungsergebnisse und die direkte Befragung der Patienten und/oder ihrer Eltern wurden an Hand von 277 Items im Rahmen des Befindlichkeitsmodells

in Häufigkeitstrangreihen ausgewertet. Die Unterschiede zwischen Mädchen (n=34) und Jungen (n=17) wurden mit dem Chi-Quadrat-Test auf Signifikanz geprüft. Die Diskussion ergab dabei folgende Ergebnisse:

1. Deprivierende Familienverhältnisse, insbesondere wenn sie seit der frühen Kindheit bestehen, sind ein sehr wichtiger, aber nicht suizidspezifischer Faktor.
2. Fast gleich häufig bestehen Auffälligkeiten der Schulanamnese, die aber im Zusammenhang mit dem vorigen Punkt gesehen werden müssen, da sie nicht mit intellektueller Unterbegabung oder mit cerebralen Störungen erklärt werden können.
3. Bei vielen Patienten findet sich ein suizidales Klima in der Familie, während andere Auffälligkeiten der Familienanamnese (etwa Psychosen) weitgehend fehlen.
4. Einzelkinder sind unterrepräsentiert, was darauf zurückgeführt wird, daß in kinderreichen Familien leichter deprivierende Verhältnisse entstehen können, und diese sich dann auch schwerer auswirken.
5. Somatische, insbesondere neurologische Faktoren spielen beim Suizidversuch von Kindern nur eine untergeordnete Rolle.
6. Als Suizidmethode dominiert die Intoxikation mit Hypnotika, Analgetika und Tranquillantien.
7. Unter somatisch-medizinischem Aspekt dürfen diese Vergiftungen nicht bagatellisiert werden.
8. Gehemmte und nach innen gewendete Aggressivität hat zwar durchaus ihren Stellenwert im Bedingungsgefüge der kindlichen und jugendlichen Suizidalität; als ausschließliches Erklärungsmodell reicht sie aber nicht aus.

9. Von stärkerem Gewicht als die Aggressivität sind narzißtische Persönlichkeitsstörungen, die zu einem sehr labilen Gleichgewicht zwischen Minderwertigkeitsgefühlen und Selbstüberschätzung führen. Schon bei äußerlich geringfügigen Belastungen kann es dabei zur suizidalen Dekompensation kommen.
10. Die in der Literatur häufig beschriebenen depressiven Störungen traten demgegenüber eher in den Hintergrund bzw. waren bei häufig stärker extravertierter und/oder hysterischer Persönlichkeitsstruktur mehr sekundärer Natur.
11. Latente oder offene Ängste vor den Eltern dominieren, während die Ängste im schulisch/beruflichen Bereich zwar auch relativ häufig sind, aber mehr als Folge des gestörten Verhältnisses zu den Eltern anzusehen sind.
12. Die Gesamtintelligenz der Patienten ist meistens durchschnittlich bis hoch; die Intelligenzkapazität sogar überwiegend hoch.
13. Der Stellenwert minimaler cerebraler Dysfunktionen kann psychodiagnostisch nicht ausreichend sicher bestimmt werden ; aufgrund der anamnestischen und somatischen Befunde ist die Bedeutung einer MBD aber sehr gering zu veranschlagen.
14. Die mangelhafte Kommunikationsfähigkeit und die niedrige, mißerfolgsorientierte Motivation erschweren ein konstruktives, rationales Problemlösungsverhalten und legen die Suizidalität als Konfliktlösungsstrategie nahe.
15. Die Patienten kommen überproportional stark aus Unterschichtfamilien, wobei aber sozioökonomische Notlagen oder offene Dissozialität keine wesentliche Rolle spielen. Diskretere Störungen der sozialen Inter-

aktion nach außen und intrafamiliär sind dagegen auffällig häufig.

16. Ebenso wie ihre Familien zeigen die Patienten selbst selten offene Zeichen der Dissozialität, während diskretere Hinweise auf eine unzureichende soziale Integration und eine mangelhafte soziale Anpassungsfähigkeit sehr häufig sind.
17. Der Erziehungsstil ist überwiegend inegal; eine konstante positive Zuwendung durch die Eltern ist ausgesprochen selten.
18. Situational steht die Eskalation bereits vorhandener Konflikte im Vordergrund, wobei die Konflikte mit den Eltern eindeutig dominieren.
19. Entsprechend nehmen im Motivationsgefüge der Suizidversuche Konflikte mit den Eltern und mangelnde Zuwendung durch die Eltern einen überragenden Stellenwert ein. Konflikte im schulischen Leistungsbereich als Motiv sind deutlich seltener.
20. Bei den uneinheitlichen und z.T. widersprüchlich zusammengesetzten Intentionen der Suizidversuche stand der Wunsch nach situationaler Entlastung und appellative Tendenzen gegenüber hetero- oder autoaggressiven Intentionen ganz eindeutig im Vordergrund.
21. Der Umschlag in die konkrete Suizidalität erfolgt in der Regel abrupt oder innerhalb von Stunden. Entsprechend sind prämonitorische Zeichen (Rückzugsverhalten, Verhaltensstörungen etc.) ebenso wie Symptome eines präsuizidalen Syndroms selten.
22. Die Suizidalität der Mädchen ist mehr umweltbedingt, während bei den Jungen primär persönlichkeits eigene Faktoren stärker hervortreten.

Als Schlußfolgerung ergibt sich, daß die Suizidalität im Kindes- und frühen Jugendalter ausgesprochen m u l t i f a k t o r i e l l bedingt ist, wobei eine streng suizidspezifische Symptomkonstellation im Sinne einer nosologischen Entität f e h l t. Jedes Symptom kann allein oder in Kombination auch bei nicht suizidalen Jugendlichen gefunden werden. Die Rate der kindlichen und jugendlichen Suizidversuche wird sich deswegen auch nur schwer durch eine gezielte, institutionalisierte Suizidprävention etwa im Sinne der 'suicide prevention center's' senken lassen.

Bei diesem unspezifischen und vielschichtigen Problemfeld und den Schwierigkeiten die Problemgruppen gezielt zu erreichen, hat allein eine gemeindenah ansetzende Präventionsstrategie eine gewisse Aussicht auf Erfolg. Dabei würde dem Pädiater in der freien Praxis eine Schlüsselrolle zufallen. Eine stärkere Sensibilisierung der Kinderärzte für diese Aufgabe wäre dafür aber ebenso wünschenswert wie eine Erweiterung des Facharztes für Kinderheilkunde zu einem "Facharzt für Kinder und Jugendliche", da man dadurch der somatischen, psychischen und sozialen Sonderstellung der Jugendlichen, wie sie hier am Beispiel der Suizidproblematik deutlich wurde, besser gerecht werden könnte.

Ähnliches gilt auch für die Nachsorge, bei der zwar in jedem Fall eine kinderpsychologisch/kinderpsychiatrische Untersuchung zu fordern ist, aber bei der wohl schon allein aus Gründen der Kosteneffektivität nur bei einer eng umschriebenen Risikogruppe eine länger dauernde, intensive Psychotherapie möglich und erforderlich ist (im Detail dazu 282). Auch hier müßte der Schwerpunkt der Nachsorge bei den niedergelassenen Pädiatern liegen. Ein Aufgabenfeld, das allerdings noch stärker ins Bewußtsein der Ärzte rücken müßte.

6. A N H A N G

6.1. Auflistung aller Einzelitems

6.1.1. Anamnestic Items

Item-
Nr.

1.1. Familiäre Belastung mit Erbkrankheiten:

		♀	♂
ja:	(1) 2,1 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(45) 88,2 %;	(30) 88,2 %;	(15) 88,2 %;
KA:	(5) 9,8 %;	(3) 8,8 %;	(2) 11,8 %;

1.2. Geisteskrankheiten in der biologischen väterlichen Aszendenz:

		♀	♂
ja:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(42) 82,4 %;	(30) 88,2 %;	(12) 70,6 %;
KA:	(9) 17,6 %;	(4) 11,8 %;	(5) 29,4 %;

1.3. Geisteskrankheiten in der biologischen mütterlichen Aszendenz:

		♀	♂
ja:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(45) 88,2 %;	(31) 91,2 %;	(14) 82,4 %;
KA:	(5) 9,8 %;	(2) 5,9 %;	(3) 17,6 %;

1.4. Psychosen in der biologischen Kernfamilie:

		♀	♂
ja:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(50) 98,0 %;	(34) 100,0 %;	(16) 94,1 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;

1.5. Suizid oder SV bei den Vorfahren der sozialen oder biologischen Eltern:

		♀	♂
ja:	(5) 9,8 %;	(4) 11,8 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(35) 68,6 %;	(22) 64,7 %;	(13) 76,5 %;
KA:	(11) 21,6 %;	(8) 23,5 %;	(3) 17,7 %;

Item-
Nr.

1.6. Gravierendere, chronische körperliche Erkrankungen
in der Kernfamilie:

		♀	♂
ja:	(8) 15,7 %;	(5) 14,7 %;	(3) 17,7 %;
nein:	(43) 84,3 %;	(29) 85,3 %;	(14) 82,4 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

1.7. Patient war Risikoschwangerschaft:

		♀	♂
ja:	(8) 15,7 %;	(4) 11,8 %;	(4) 23,5 %;
nein:	(41) 80,4 %;	(29) 25,3 %;	(12) 70,6 %;
KA:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;

1.8. Patient war Risikogeburt:

		♀	♂
ja:	(16) 31,4 %;	(8) 23,5 %;	(8) 47,1 %;
nein:	(33) 64,7 %;	(25) 73,5 %;	(8) 47,1 %;
KA:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;

1.9. Pathologische Auffälligkeiten des Patienten in der
Neugeborenenperiode:

		♀	♂
ja:	(9) 17,7 %;	(4) 11,8 %;	(5) 29,4 %;
nein:	(40) 78,4 %;	(29) 85,3 %;	(11) 64,7 %;
KA:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;

1.10. Geburtsgewicht des Patienten:

		♀	♂
2500 g:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;
2500-4000 g:	(37) 72,6 %;	(27) 79,4 %;	(10) 58,8 %;
4000 g:	(7) 13,7 %;	(2) 5,9 %;	(5) 29,4 %;
KA:	(6) 11,8 %;	(4) 11,8 %;	(2) 11,8 %;

1.11. Patient wurde gestillt:

		♀	♂
nein:	(14) 27,5 %;	(11) 32,4 %;	(3) 17,7 %;
3 Monate:	(25) 49,0 %;	(17) 50,0 %;	(8) 47,1 %;
3 Monate:	(9) 17,7 %;	(5) 14,7 %;	(4) 23,5 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(1) 2,9 %;	(2) 11,8 %;

Item-
Nr.

1.12. Körperliche Retardierung in der Säuglings- und Kleinkindperiode:

		♀	♂
nein:	(41) 80,4 %;	(29) 85,3 %;	(12) 70,6 %;
Hinweise aus Anamnese:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;
v.Arzt diagnostiziert:	(3) 5,9 %;	(0) 0,0 %;	(3) 17,7 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;

1.13. Psychomotorische Entwicklung:

		♀	♂
verzögert:	(5) 9,8 %;	(1) 2,9 %;	(4) 23,5 %;
nicht verzögert:	(45) 88,2 %;	(33) 97,1 %;	(12) 70,6 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;

1.14. Störung der Sprachentwicklung:

		♀	♂
ja:	(9) 17,7 %;	(5) 14,7 %;	(4) 23,5 %;
nein:	(39) 76,5 %;	(27) 79,4 %;	(12) 70,6 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;

1.15. Auffälligkeiten des Spielverhaltens:

		♀	♂
ja:	(10) 19,6 %;	(3) 8,8 %;	(7) 41,2 %;
nein:	(35) 68,6 %;	(27) 79,4 %;	(8) 47,1 %;
KA:	(6) 11,8 %;	(4) 11,8 %;	(2) 11,8 %;

1.16. Kontrolle von Blasen- und Darmentleerung:

		♀	♂
früh:	(7) 13,7 %;	(6) 17,7 %;	(1) 5,9 %;
normal:	(35) 68,6 %;	(23) 67,7 %;	(12) 70,6 %;
spät:	(9) 17,7 %;	(5) 14,7 %;	(4) 23,5 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

1.17. Enuresis permanens:

		♀	♂
ja:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(49) 96,1 %;	(33) 97,1 %;	(16) 94,1 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

1.18. Enuresis acquisita:

		♀	♂
ja:	(6) 11,8 %;	(1) 2,9 %;	(5) 29,4 %;
nein:	(45) 88,2 %;	(33) 97,1 %;	(12) 70,6 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

1.19. Encopresis permanens:

ja:	(0) 0,0 %;
nein:	(51) 100,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;

1.20. Encopresis acquisita:

		♀	♂
ja:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(49) 96,1 %;	(33) 97,1 %;	(16) 94,1 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

1.21. Kindliche Verhaltensauffälligkeiten:

		♀	♂
keine:	(34) 66,7 %;	(23) 67,7 %;	(11) 64,7 %;
nur vor dem 4.Lebensj.:	(6) 11,8 %;	(3) 8,8 %;	(3) 17,7 %;
darüber hinaus:	(8) 15,7 %;	(7) 20,6 %;	(1) 5,9 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(1) 2,9 %;	(2) 11,8 %;

1.22. Automutilationen:

		♀	♂
ja:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(49) 96,1 %;	(33) 97,1 %;	(16) 94,1 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;

1.23. Weglaufen

		♀	♂
ja:	(7) 13,7 %;	(4) 11,8 %;	(3) 17,7 %;
nein:	(43) 84,3 %;	(29) 85,3 %;	(14) 82,4 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

1.24. Auffällige Infektanfälligkeit:

	♀		♂
ja:	(3) 5,9 %;	(3) 8,8 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(48) 94,1 %;	(31) 91,2 %;	(17) 100,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

1.25. Zentrale neurologische Erkrankungen:

	♀		♂
ja:	(5) 9,8 %;	(0) 0,0 %;	(5) 29,4 %;
nein:	(46) 90,2 %;	(34) 100,0 %;	(12) 70,6 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

1.26. Sonstige gravierende somatische Erkrankungen:

ja:	(0) 0,0 %;
nein:	(51) 100,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;

1.27. Operationen:

	♀		♂
keine:	(22) 43,1 %;	(15) 44,1 %;	(7) 41,2 %;
1 - 2:	(26) 51,0 %;	(17) 50,0 %;	(9) 52,9 %;
mehr als 2:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;

1.28. Operationen vor dem 6. Lebensjahr:

	♀		♂
keine:	(34) 66,7 %;	(27) 79,4 %;	(7) 41,2 %;
1 - 2:	(14) 27,5 %;	(6) 17,7 %;	(8) 47,1 %;
mehr als 2:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(1) 2,9 %;	(2) 11,8 %;

1.29. Hospitalisationen:

	♀		♂
keine:	(12) 23,5 %;	(10) 29,4 %;	(2) 11,8 %;
1 - 2:	(29) 56,9 %;	(18) 52,9 %;	(11) 64,7 %;
mehr als 2:	(8) 15,7 %;	(5) 14,7 %;	(3) 17,7 %;
KA:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;

Item-
Nr.

1.30. Hospitalisationen vor dem 6. Lebensjahr:

		♀	♂
keine:	(28) 54,9 %;	(20) 58,8 %;	(8) 47,1 %;
1 - 2:	(16) 31,4 %;	(9) 26,5 %;	(7) 41,2 %;
mehr als 2:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(5) 9,8 %;	(3) 8,8 %;	(2) 11,8 %;

1.31. Klagen über funktionelle Störungen:

		♀	♂
keine:	(29) 56,9 %;	(22) 64,7 %;	(7) 41,2 %;
manchmal:	(13) 25,5 %;	(7) 20,6 %;	(6) 25,3 %;
häufig:	(5) 9,8 %;	(1) 2,9 %;	(4) 23,5 %;
KA:	(4) 7,8 %;	(4) 11,8 %;	(0) 0,0 %;

1.32. Psychosomatische Erkrankungen:

		♀	♂
ja:	(3) 5,9 %;	(3) 8,8 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(47) 92,2 %;	(30) 88,2 %;	(17) 100,0 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;

1.33. Konsultation eines Arztes oder Psychologen wegen psychischer Störungen des Kindes:

		♀	♂
nein:	(43) 84,3 %;	(33) 97,1 %;	(10) 58,8 %;
1 - 2:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;
mehr als 2:	(7) 13,7 %;	(0) 0,0 %;	(7) 41,2 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;

1.34. Suizid oder Suizidversuch in der Kernfamilie:

		♀	♂
ja:	(10) 19,6 %;	(5) 14,7 %;	(5) 29,4 %;
nein:	(36) 70,6 %;	(25) 73,5 %;	(11) 64,7 %;
KA:	(5) 9,8 %;	(4) 11,8 %;	(1) 5,9 %;

1.35. Suizid oder Suizidversuch im Verwandten- oder Bekanntenkreis:

		♀	♂
ja:	(5) 9,8 %;	(4) 11,8 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(37) 72,6 %;	(24) 70,6 %;	(13) 76,5 %;
KA:	(9) 17,7 %;	(6) 17,7 %;	(3) 17,7 %;

Item-
Nr.

1.36. Äußerung von Selbstmordgedanken durch Familienmitglieder:

		♀	♂
ja:	(14) 27,5 %;	(11) 32,4 %;	(3) 17,7 %;
nein:	(30) 58,8 %;	(17) 50,0 %;	(1) 5,9 %;
KA:	(7) 13,7 %;	(6) 17,7 %;	(1) 5,9 %;

1.37. Äußerung von Selbstmordgedanken durch den Patienten:

		♀	♂
ja:	(4) 7,8 %;	(2) 5,9 %;	(2) 11,8 %;
nein:	(44) 86,3 %;	(29) 85,3 %;	(15) 88,2 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(3) 8,8 %;	(0) 0,0 %;

1.38. Vorausgegangene(r) Suizidversuch(e) des Patienten:

		♀	♂
ja:	(5) 9,8 %;	(4) 11,8 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(46) 90,2 %;	(30) 88,2 %;	(16) 94,1 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

1.39. Süchte beim Patienten:

ja:	(0)	0,0 %;
nein:	(51)	100,0 %;
KA:	(0)	0,0 %;

1.40. Süchte bei anderen Personen in der Kernfamilie:

		♀	♂
ja:	(18) 35,3 %;	(15) 44,1 %;	(3) 17,7 %;
nein:	(31) 60,8 %;	(17) 50,0 %;	(14) 82,4 %;
KA:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;

1.41. Geschwisterzahl:

		♀	♂
0:	(5) 9,8 %;	(4) 11,8 %;	(1) 2,9 %;
1 - 2:	(32) 62,8 %;	(21) 61,8 %;	(11) 64,7 %;
3 und mehr:	(14) 27,5 %;	(9) 26,5 %;	(5) 29,4 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

1.42. Stiefgeschwister:

		♀	♂
ja:	(8) 15,7 %;	(4) 11,8 %;	(4) 23,5 %;
nein:	(43) 84,3 %;	(30) 88,2 %;	(13) 76,5 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

1.43. Stellung in der Geschwisterreihe (nur wenn Geschwister vorhanden):

		♀	♂
1. Kind:	(15) 32,6 %;	(9) 30,0 %;	(6) 37,5 %;
2. Kind:	(21) 45,7 %;	(12) 40,0 %;	(9) 56,25%;
3.od.weiteres:	(10) 21,7 %;	(9) 30,0 %;	(1) 6,25%;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

1.44. Geburt des Patienten:

		♀	♂
ehelich:	(42) 82,4 %;	(27) 79,4 %;	(15) 88,2 %;
unehelich:	(9) 17,7 %;	(7) 20,6 %;	(2) 11,8 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

1.45. Deprivation:

		♀	♂
ja:	(31) 60,8 %;	(23) 67,7 %;	(8) 47,1 %;
nein:	(19) 37,3 %;	(11) 32,4 %;	(8) 47,1 %;
KA:	(1) 20,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;

1.46. Deprivierende Verhältnisse in den ersten 3 Lebensjahren:

		♀	♂
ja:	(21) 41,2 %;	(15) 44,1 %;	(6) 35,3 %;
nein:	(24) 47,1 %;	(14) 41,2 %;	(10) 58,8 %;
KA:	(6) 11,8 %;	(5) 14,7 %;	(1) 5,9 %;

1.47. Deprivierende Verhältnisse in den letzten 2 Jahren vor dem SV:

		♀	♂
ja:	(27) 52,9 %;	(22) 64,7 %;	(5) 29,4 %;
nein:	(23) 45,1 %;	(12) 35,3 %;	(11) 64,7 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;

Item-
Nr.

1.48. Verlust beider Eltern:

		♀	♂
ja:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(50) 98,0 %;	(33) 97,1 %;	(17) 100,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

1.49. Verlust nur des Vaters:

		♀	♂
ja:	(11) 21,6 %;	(8) 23,5 %;	(3) 17,7 %;
nein:	(40) 78,4 %;	(26) 76,5 %;	(14) 82,4 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

1.50. Verlust des Vaters durch:

		♀	♂
Trennung:	(10) 90,9 %;	(7) 87,5 %;	(3) 100,0 %;
Tod:	(1) 9,1 %;	(1) 12,5 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

1.51. Verlust nur der Mutter:

		♀	♂
ja:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(49) 96,1 %;	(33) 97,1 %;	(16) 14,1 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

1.52. Verlust der Mutter durch:

		♀	♂
Trennung:	(2) 100,0 %;	(1) 100,0 %;	(1) 100,0 %;
Tod:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

1.53. Verlust eines oder beider Elternteile:

		♀	♂
vor dem 7. Lebensjahr:	(9) 17,7 %;	(7) 20,6 %;	(2) 11,8 %;
zwischen dem 7. u. 11. Lebensj.	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;
nach dem 11. Lebensjahr:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;
kein Verlust:	(37) 72,6 %;	(24) 70,6 %;	(13) 76,5 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

1.54. Mehr als 6 Monate dauernde Abwesenheit eines oder beider Elternteile vor dem 7. Lebensj. ohne endgültigen Verlust:

	♀		♂	
ja:	(7) 13,7 %;	(4) 11,8 %;	(3) 17,7 %;	
nein:	(43) 84,3 %;	(30) 88,2 %;	(13) 76,5 %;	
KA:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;	

1.55. Patient ist Stiefkind:

	♀		♂	
ja:	(6) 11,8 %;	(3) 8,8 %;	(3) 17,7 %;	
nein:	(45) 88,2 %;	(31) 91,2 %;	(14) 82,4 %;	
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	

1.56. Patient ist Pflegekind:

	♀		♂	
ja:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;	
nein:	(50) 98,0 %;	(33) 97,1 %;	(17) 100,0 %;	
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	

1.57. Psychose des Vaters und/oder der Mutter:

ja:	(0) 0,0 %;
nein:	(51) 100,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;

1.58. Auffällige Süchte des Vaters und/oder der Mutter:

	♀		♂	
ja:	(17) 33,3 %;	(14) 41,2 %;	(3) 17,7 %;	
nein:	(32) 62,8 %;	(19) 55,9 %;	(13) 76,5 %;	
KA:	(2) 3,9 %;	(1) 8,8 %;	(1) 5,9 %;	

1.59. Häufige Anwendung körperlicher Gewalt als Erziehungsmaßnahme:

	♀		♂	
ja:	(17) 33,3 %;	(13) 38,2 %;	(4) 23,5 %;	
nein:	(32) 62,8 %;	(20) 58,8 %;	(12) 70,6 %;	
KA:	(2) 9,0 %;	(1) 5,9 %;	(1) 5,9 %;	

Item-
Nr.

1.60. Ständig Streit in der Familie:

		♀	♂
ja:	(21) 41,2 %;	(16) 47,1 %;	(5) 29,4 %;
nein:	(29) 56,9 %;	(18) 52,9 %;	(11) 64,7 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;

1.61. Einschulung des Patienten:

		♀	♂
früh:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;
normal:	(40) 78,4 %;	(27) 79,4 %;	(13) 76,5 %;
spät:	(9) 17,7 %;	(5) 11,8 %;	(4) 23,5 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;

1.62. Schulische Leistungen des Patienten bisher insgesamt:

		♀	♂
gut:	(8) 15,7 %;	(7) 20,6 %;	(1) 5,9 %;
durchschnittl.:	(20) 39,2 %;	(14) 41,2 %;	(6) 35,3 %;
schlecht:	(23) 45,1 %;	(13) 38,2 %;	(10) 58,8 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

1.63. Leistungstendenz bisher eher:

		♀	♂
ansteigend:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;
gleichbleib.:	(24) 47,1 %;	(19) 55,9 %;	(5) 29,4 %;
abfallend:	(25) 49,0 %;	(13) 38,2 %;	(12) 70,6 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

1.64. Sitzengeblieben bisher:

		♀	♂
ja:	(16) 31,4 %;	(10) 29,4 %;	(6) 35,3 %;
nein:	(35) 68,6 %;	(24) 70,6 %;	(11) 64,7 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

1.65. Schulwechsel bisher:

		♀	♂
nein:	(19) 37,3 %;	(13) 38,2 %;	(6) 35,3 %;
einmal:	(24) 47,1 %;	(15) 44,1 %;	(9) 52,9 %;
mehrmals:	(7) 13,7 %;	(5) 14,7 %;	(2) 11,8 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;

6.1.2. Somatische Items

Item-
Nr.

2.1. Altersgruppenzugehörigkeit der Patienten:

		♀	♂
8 - 10 J.:	(5) 9,8 %;	(2) 5,9 %;	(3) 17,7 %;
11 - 13 J.:	(34) 66,7 %;	(26) 76,5 %;	(8) 47,1 %;
14 - 16 J.:	(12) 23,5 %;	(6) 17,7 %;	(6) 35,3 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.2. Geschlecht:

männlich:	(17) 33,3 %;
weiblich:	(34) 66,7 %;
KA:	(0) 0,0 %;

2.3.* Körpergröße der Patienten:

		♀	♂
unter der 10er Perzentile:	(2) 4,7 %;	(1) 3,5 %;	(1) 7,1 %;
10er- 90er Perzentile:	(32) 74,4 %;	(22) 75,9 %;	(10) 71,4 %;
über der 90er Perzentile:	(9) 20,9 %;	(6) 20,7 %;	(3) 21,4 %;

2.4.* Körpergewicht der Patienten:

		♀	♂
unter der 10er Perzentile:	(2) 4,4 %;	(1) 2,9 %;	(1) 6,7 %;
10er- 90er Perzentile:	(36) 80,0 %;	(26) 86,7 %;	(10) 66,7 %;
über der 90er Perzentile:	(7) 15,6 %;	(3) 8,8 %;	(4) 26,7 %;

* Zum besseren Vergleich mit den Perzentilangaben wurde die Zahl fehlender Angaben bei der Berechnung der prozentualen Verteilung nicht berücksichtigt.

Item-
Nr.

2.5. Pubertätsentwicklung:

		♀	♂
retardiert:	(3) 5,9 %;	(1) 2,9 %;	(2) 11,8 %;
altersentsprechend:	(45) 88,2 %;	(31) 91,2 %;	(14) 82,4 %;
akzeleriert:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;

2.6. Pubertätsstadium nach Tanner:

		♀	♂
1:	(7) 13,7 %;	(2) 5,9 %;	(5) 29,4 %;
2:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;
3:	(5) 9,9 %;	(3) 8,8 %;	(2) 11,8 %;
4:	(2) 3,9 %;	(2) 35,9 %;	(0) 0,0 %;
5/6:	(22) 43,1 %;	(19) 55,9 %;	(3) 17,7 %;
KA:	(11) 21,6 %;	(5) 14,7 %;	(6) 35,3 %;

2.7. Äußeres:

		♀	♂
gepflegt:	(34) 66,7 %;	(20) 58,8 %;	(14) 82,4 %;
vernachlässigt:	(8) 15,7 %;	(6) 17,7 %;	(2) 11,8 %;
KA:	(9) 13,7 %;	(8) 23,5 %;	(1) 5,9 %;

2.8. Vorbestehende Erkrankung (einschließlich funktioneller Störungen):

		♀	♂
ja:	(17) 33,3 %;	(11) 32,4 %;	(6) 35,3 %;
nein:	(34) 66,7 %;	(23) 67,7 %;	(11) 64,7 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.9. Vorbestehende zentrale neurologische Erkrankungen mit somatischem Korrelat:

		♀	♂
ja:	(2) 3,9 %;	(0) 0,0 %;	(2) 11,8 %;
nein:	(49) 96,1 %;	(34) 100,0 %;	(15) 88,2 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

2.10. Vorbestehende Infektionskrankheit (nur leichte Fälle):

	♀		♂
ja:	(6) 11,8 %;	(3) 8,8 %;	(3) 17,7 %;
nein:	(45) 88,2 %;	(31) 91,2 %;	(14) 82,4 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.11. Vorbestehende Herz- Kreislauferkrankungen
(nur funktionelle Störungen):

	♀		♂
ja:	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(48) 94,1 %;	(32) 94,1 %;	(16) 94,1 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.12. Vorbestehende Wachstumsstörung (nur Fälle mit Riesen-
wuchs über der 97-iger Perzentile):

	♀		♂
ja:	(2) 3,9 %;	(0) 0,0 %;	(2) 11,8 %;
nein:	(41) 80,4 %;	(29) 85,3 %;	(12) 70,6 %;
KA:	(8) 15,7 %;	(5) 14,7 %;	(3) 17,7 %;

2.13. Vorbestehende Hauterkrankungen (nur ein bedeutenderer
Fall mit Furunkulose darunter):

	♀		♂
ja:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(47) 92,2 %;	(31) 91,2 %;	(16) 94,1 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.14. Sonstige vorbestehende Erkrankungen:

	♀		♂
ja:	(9) 17,7 %;	(5) 14,7 %;	(4) 23,5 %;
nein:	(42) 82,4 %;	(29) 85,3 %;	(13) 76,5 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

2.15. Von den Patienten mit vorbestehenden Erkrankungen hatten:

		♀	♂
nur funktionelle Störungen:	(5) 29,4 %;	(2) 18,2 %;	(3) 50,0 %;
nur organische Störungen:	(8) 47,1 %;	(7) 63,6 %;	(1) 16,7 %;
sowohl funktionelle als auch organische Störungen:	(4) 23,5 %;	(2) 18,2 %;	(2) 33,3 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.16. Angeborene Mißbildungen oder erworbene Deformitäten
(nur leichte Formen):

		♀	♂
ja:	(4) 7,8 %;	(2) 5,9 %;	(2) 11,8 %;
nein:	(47) 92,2 %;	(32) 94,1 %;	(15) 88,2 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.17. Methode des SV:

		♀	♂
nur Intoxikation:	(47) 92,2 %;	(32) 94,1 %;	(15) 88,2 %;
Intoxikation u. Schnitt am Handgelenk:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;
Erhängen:	(2) 3,9 %;	(0) 0,0 %;	(2) 11,8 %;
Sturz aus dem Fenster:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.18. Bei den Intoxikationen wurden allein oder in Kombination Hypnotika verwendet:

		♀	♂
ja:	(32) 66,7 %;	(23) 69,7 %;	(9) 60,0 %;
nein:	(15) 31,3 %;	(9) 27,3 %;	(6) 40,0 %;
KA:	(1) 2,1 %;	(1) 3,0 %;	(0) 0,0 %;

2.19. Bei den Intoxikationen wurden allein oder in Kombination Analgetika verwendet:

		♀	♂
ja:	(16) 33,3 %;	(11) 33,3 %;	(5) 33,3 %;
nein:	(31) 64,6 %;	(21) 63,6 %;	(10) 66,7 %;
KA:	(1) 2,1 %;	(1) 3,0 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

2.20. Bei den Intoxikationen wurden allein oder in Kombination Tranquillantien verwendet:

		♀	♂
ja:	(12) 25,0 %;	(7) 21,2 %;	(5) 33,3 %;
nein:	(35) 72,9 %;	(25) 75,8 %;	(10) 66,7 %;
KA:	(1) 2,1 %;	(1) 3,0 %;	(0) 0,0 %;

2.21. Bei den Intoxikationen wurden allein oder in Kombination Psychopharmaka verwendet:

		♀	♂
ja:	(3) 6,5 %;	(2) 6,1 %;	(1) 6,7 %;
nein:	(44) 91,7 %;	(30) 90,9 %;	(14) 93,3 %;
KA:	(1) 2,1 %;	(1) 3,0 %;	(0) 0,0 %;

2.22. Bei den Intoxikationen wurden allein oder in Kombination andere Pharmaka oder Gifte als die in den Items 2.18. bis 2.21. genannten verwendet:

		♀	♂
ja:	(21) 43,7 %;	(13) 39,4 %;	(8) 53,3 %;
nein:	(26) 54,2 %;	(19) 57,6 %;	(7) 46,7 %;
KA:	(1) 2,1 %;	(1) 3,0 %;	(0) 0,0 %;

2.23. Bei den Intoxikationen wurden 3 oder mehr Pharmaka oder Gifte in Kombination verwendet:

		♀	♂
ja:	(8) 16,7 %;	(4) 12,1 %;	(4) 26,7 %;
nein:	(39) 81,3 %;	(28) 84,9 %;	(11) 73,3 %;
KA:	(1) 2,1 %;	(1) 3,0 %;	(0) 0,0 %;

2.24. Bei den Intoxikationen durch Hypnotika wurden allein oder in Kombination Monoureide verwendet:

		♀	♂
ja:	(14) 43,75%;	(10) 43,5 %;	(4) 44,4 %;
nein:	(18) 26,25%;	(13) 56,5 %;	(5) 55,6 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.25. Bei den Intoxikationen durch Hypnotika wurden allein oder in Kombination Barbiturate verwendet:

		♀	♂
ja:	(15) 46,9 %;	(9) 39,1 %;	(6) 66,7 %;
nein:	(17) 53,1 %;	(14) 60,9 %;	(3) 33,3 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

2.26. Bewußtseinszustand bei Aufnahme:

	♀			♂		
klar:	(8) 15,7 %;	(7) 20,6 %;	(1) 5,9 %;			
benommen:	(14) 27,5 %;	(8) 23,5 %;	(6) 35,3 %;			
somnolent:	(8) 15,7 %;	(6) 17,7 %;	(2) 11,8 %;			
soporös:	(7) 13,7 %;	(5) 14,7 %;	(2) 11,8 %;			
komatös:	(13) 25,5 %;	(8) 23,5 %;	(5) 29,4 %;			
KA:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;			

2.27. Intoxikationsgrad:

	♀			♂		
A:	(7) 14,6 %;	(6) 18,2 %;	(1) 6,7 %;			
B:	(14) 32,6 %;	(11) 33,3 %;	(3) 20,0 %;			
C:	(12) 27,9 %;	(7) 21,2 %;	(5) 33,3 %;			
D:	(15) 34,9 %;	(9) 27,3 %;	(6) 40,0 %;			
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;			

2.28. Dauer der Bewußtseinstörung (soweit vorhanden):

	♀			♂		
bis zu 2 ^h :	(6) 14,0 %;	(4) 14,8 %;	(2) 12,5 %;			
bis zu 6 ^h :	(4) 9,3 %;	(4) 14,8 %;	(0) 0,0 %;			
bis zu 12 ^h :	(12) 27,9 %;	(9) 33,3 %;	(3) 18,8 %;			
läng.als 12 ^h :	(14) 32,6 %;	(6) 22,2 %;	(8) 50,0 %;			
KA:	(7) 16,3 %;	(4) 14,8 %;	(3) 18,8 %;			

2.29. Bei der Aufnahmeuntersuchung pathologische Reflexe oder Ausfall physiologischer Reflexe:

	♀			♂		
ja:	(6) 11,8 %;	(3) 8,8 %;	(3) 17,7 %;			
nein:	(43) 84,3 %;	(30) 88,2 %;	(13) 76,5 %;			
KA:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;			

2.30. Erbrechen in den ersten 6 Stunden nach dem SV:

	♀			♂		
nein:	(32) 62,8 %;	(24) 70,6 %;	(8) 47,1 %;			
spontan:	(14) 27,5 %;	(6) 17,7 %;	(8) 47,1 %;			
therapeutisch:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;			
KA:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;			

Item-
Nr.

2.31. Krämpfe:

		♀	♂
ja:	(4) 7,8 %;	(1) 2,9 %;	(3) 17,7 %;
nein:	(46) 90,2 %;	(32) 94,1 %;	(14) 82,4 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;

2.32. Frakturen:

		♀	♂
ja:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(49) 96,1 %;	(32) 94,1 %;	(17) 100,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.33. Störungen des Säure-Basen-Haushaltes und der Blutgase:

		♀	♂
ja:	(10) 19,6 %;	(5) 14,7 %;	(5) 29,4 %;
nein:	(10) 19,6 %;	(5) 14,7 %;	(5) 29,4 %;
KA:	(31) 60,8 %;	(24) 70,6 %;	(7) 41,2 %;

2.34. Wichtige Leberparameter erhöht:

		♀	♂
ja:	(5) 9,8 %;	(3) 26,5 %;	(2) 11,8 %;
nein:	(11) 21,6 %;	(9) 8,8 %;	(2) 11,8 %;
KA:	(35) 68,6 %;	(22) 64,7 %;	(13) 76,5 %;

2.35. Therapeutische Maßnahmen durchgeführt:

		♀	♂
ja:	(47) 92,2 %;	(32) 94,1 %;	(15) 88,2 %;
nein:	(4) 7,8 %;	(2) 5,9 %;	(2) 11,8 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.36. Medikamentöse Therapie durchgeführt:

		♀	♂
ja:	(36) 70,6 %;	(22) 64,7 %;	(14) 82,4 %;
nein:	(15) 29,4 %;	(12) 35,3 %;	(3) 17,7 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.37. Infusionstherapie durchgeführt (meist zur Diuresenanregung):

		♀	♂
ja:	(38) 74,5 %;	(24) 70,6 %;	(14) 82,4 %;
nein:	(13) 25,5 %;	(10) 29,4 %;	(3) 17,7 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

2.38. Magenspülung durchgeführt (nur auf die Intoxikationen bezogen):

		♀	♂
ja:	(34) 70,8 %;	(23) 69,7 %;	(11) 73,3 %;
nein:	(14) 29,2 %;	(10) 30,3 %;	(4) 26,7 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.39. Besondere intensivtherapeutische Maßnahmen (Intubation, Zentralvenenkatheter):

		♀	♂
ja:	(4) 7,8 %;	(1) 2,9 %;	(3) 17,7 %;
nein:	(47) 92,2 %;	(33) 97,1 %;	(14) 82,4 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.40. Operative Eingriffe:

		♀	♂
ja:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(49) 96,1 %;	(32) 94,1 %;	(17) 100,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.41. Behandlung auf der Intensivstation:

		♀	♂
ja:	(26) 51,0 %;	(14) 41,2 %;	(12) 70,6 %;
nein:	(23) 45,1 %;	(18) 52,9 %;	(5) 29,4 %;
KA:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;

2.42. Dauer der Behandlung auf der Intensivstation:

		♀	♂
0 - 12 ^h :	(7) 26,9 %;	(4) 28,6 %;	(3) 25,0 %;
12 - 24 ^h :	(10) 38,5 %;	(7) 50,0 %;	(3) 25,0 %;
läng. als 24 ^h :	(9) 34,6 %;	(3) 21,4 %;	(6) 50,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.43. Neurodiagnostische Zusatzmaßnahmen (EEG, Lumbalpunktion, Hirnszintigramm, Echoenzephalogramm):

		♀	♂
ja:	(17) 33,3 %;	(10) 29,4 %;	(7) 41,2 %;
nein:	(34) 66,7 %;	(24) 70,6 %;	(10) 58,8 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

2.44. EEG:

		♀	♂
pathologisch:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;
unauffällig:	(13) 25,5 %;	(7) 20,6 %;	(6) 35,3 %;
nicht durchge- führt:	(36) 70,6 %;	(26) 76,5 %;	(10) 58,8 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.45. Lumbalpunktion:

		♀	♂
mit pathologi- schem Ergebnis:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;
mit unauffälli- gem Ergebnis:	(6) 11,8 %;	(5) 14,7 %;	(1) 5,9 %;
nicht durchge- führt:	(45) 88,2 %;	(29) 85,3 %;	(16) 94,1 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.46. Sonstige neurologische Spezialuntersuchungen (Echo-
enzephalogramm und/oder Hirnszintigramm):

		♀	♂
pathologisch:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;
unauffällig:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;
nicht durchge- führt:	(49) 96,1 %;	(32) 94,1 %;	(17) 100,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.47. Röntgen-Schädel:

		♀	♂
pathologisch:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;
unauffällig:	(11) 21,6 %;	(7) 20,6 %;	(4) 23,5 %;
nicht durchge- führt:	(39) 76,5 %;	(26) 76,5 %;	(13) 76,5 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.48. Konsilierende Untersuchung durch einen Kinderpsychologen:

		♀	♂
ja:	(38) 74,5 %;	(25) 73,5 %;	(13) 76,5 %;
nein:	(13) 25,5 %;	(9) 26,5 %;	(4) 23,5 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

2.49. Konsiliarische Untersuchung durch einen Psychiater:

		♀	♂
ja:	(3) 5,9 %;	(3) 8,8 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(48) 94,1 %;	(31) 91,2 %;	(17) 100,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.50. Überweisung in eine psychiatrische Klinik:

		♀	♂
ja:	(8) 15,7 %;	(5) 14,7 %;	(3) 17,7 %;
nein:	(43) 84,3 %;	(29) 85,3 %;	(14) 82,4 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.51. Dauer der stationären Behandlung in der
Univ.-Kinderklinik Mainz:

		♀	♂
0 - 5d:	(21) 41,2 %;	(14) 41,2 %;	(7) 41,2 %;
6 - 10d:	(19) 37,3 %;	(14) 41,2 %;	(5) 29,4 %;
läng. als 10d:	(11) 21,6 %;	(6) 17,7 %;	(5) 29,4 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

2.52. Tödlicher Ausgang des SV:

ja:	(0) 0,0 %;
nein:	(51) 100,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;

2.53. Bleibende somatische Restschäden durch den SV:

ja:	(0) 0,0 %;
nein:	(51) 100,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;

2.54. Psychotherapeutische Weiterbehandlung nach der
Entlassung aus der Univ.-Kinderklinik:

		♀	♂
ja:	(29) 56,9 %;	(19) 55,9 %;	(10) 58,8 %;
nein:	(22) 43,1 %;	(15) 44,1 %;	(7) 41,2 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

6.1.3. Psychische Items

Item-
Nr.

3.1. Gesamtintelligenz: (4001)

		♀	♂
sehr hoch:	(5) 9,8 %;	(3) 8,8 %;	(2) 11,8 %;
hoch:	(10) 19,6 %;	(7) 20,6 %;	(3) 17,7 %;
durchschnittl.:	(19) 37,3 %;	(12) 35,3 %;	(7) 41,2 %;
niedrig:	(7) 13,7 %;	(6) 17,7 %;	(1) 5,9 %;
sehr niedrig:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;
KA:	(9) 17,7 %;	(6) 17,7 %;	(3) 17,7 %;

3.2. Intelligenzprofilschwankungen: (4002)

		♀	♂
vorhanden:	(32) 62,8 %;	(19) 55,9 %;	(13) 76,5 %;
nicht vor- handen:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;
KA:	(15) 29,4 %;	(12) 35,3 %;	(3) 17,7 %;

3.3. Verbale (theoret.) Intelligenz: (4003)

		♀	♂
sehr hoch:	(10) 19,6 %;	(6) 17,7 %;	(4) 23,5 %;
hoch:	(2) 3,9 %;	(0) 0,0 %;	(2) 11,8 %;
durchschnittl.:	(15) 29,4 %;	(10) 29,4 %;	(5) 29,4 %;
niedrig:	(6) 11,8 %;	(5) 14,7 %;	(1) 5,9 %;
sehr niedrig:	(3) 5,9 %;	(1) 2,9 %;	(2) 11,8 %;
KA:	(15) 29,4 %;	(12) 35,3 %;	(3) 17,7 %;

3.4. Handlungs-(prakt.) Intelligenz: (4004)

		♀	♂
sehr hoch:	(7) 13,7 %;	(4) 11,8 %;	(3) 17,7 %;
hoch:	(6) 11,8 %;	(4) 11,8 %;	(2) 11,8 %;
durchschnittl.:	(18) 35,3 %;	(12) 35,3 %;	(6) 35,3 %;
niedrig:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;
sehr niedrig:	(2) 3,9 %;	(0) 0,0 %;	(2) 11,8 %;
KA:	(14) 27,5 %;	(11) 32,4 %;	(3) 27,7 %;

Item-
Nr.

3.5. Intelligenzkapazität:
(4005)

		♀	♂
hoch:	(20) 29,2 %;	(13) 38,2 %;	(7) 41,2 %;
durchschnittl.:	(14) 27,5 %;	(10) 29,4 %;	(4) 23,5 %;
niedrig:	(4) 7,8 %;	(2) 5,9 %;	(2) 11,8 %;
KA:	(13) 25,5 %;	(9) 26,5 %;	(4) 23,5 %;

3.6. Kurzzeitige Leistungsfähigkeit:
(4012)

		♀	♂
sehr hoch:	(7) 13,7 %;	(6) 17,7 %;	(1) 5,9 %;
hoch:	(11) 21,6 %;	(7) 20,6 %;	(4) 23,5 %;
durchschnittl.:	(9) 17,7 %;	(7) 20,6 %;	(2) 11,8 %;
niedrig:	(8) 15,7 %;	(5) 14,7 %;	(3) 17,7 %;
sehr niedrig:	(2) 3,9 %;	(0) 0,0 %;	(2) 11,8 %;
KA:	(14) 27,5 %;	(9) 26,5 %;	(5) 29,4 %;

3.7. Dauerbelastungsfähigkeit:
(4013)

		♀	♂
sehr hoch:	(5) 9,8 %;	(4) 11,8 %;	(1) 5,9 %;
hoch:	(4) 7,8 %;	(4) 11,8 %;	(0) 0,0 %;
durchschnittl.:	(11) 21,6 %;	(7) 20,6 %;	(4) 23,5 %;
niedrig:	(11) 21,6 %;	(6) 17,7 %;	(5) 29,4 %;
sehr niedrig:	(2) 3,9 %;	(0) 0,0 %;	(2) 11,8 %;
KA:	(18) 35,3 %;	(13) 38,2 %;	(5) 29,4 %;

3.8. Cerebrale Funktionen:

(4007)
(4008)
(4009)

		♀	♂
unauffällig:	(20) 39,2 %;	(11) 32,4 %;	(9) 52,9 %;
auffällig:	(13) 25,5 %;	(10) 29,4 %;	(3) 17,7 %;
sehr auffällig:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;
KA:	(17) 33,3 %;	(13) 38,2 %;	(4) 23,5 %;

3.9. Motivation:
(4017)

		♀	♂
hoch:	(15) 29,4 %;	(9) 26,5 %;	(6) 35,3 %;
durchschnittl.:	(6) 11,8 %;	(5) 14,7 %;	(1) 5,9 %;
niedrig:	(18) 35,3 %;	(11) 32,4 %;	(7) 41,2 %;
KA:	(12) 23,5 %;	(9) 26,5 %;	(3) 17,7 %;

Item-
Nr.

3.10. Motivationsrichtung:
(4018)

		♀	♂
erfolgs-orientiert:	(12) 23,5 %;	(9) 26,5 %;	(3) 17,7 %;
mißerfolgs-orientiert:	(26) 51,0 %;	(16) 47,1 %;	(10) 58,8 %;
KA:	(13) 25,5 %;	(9) 26,5 %;	(4) 23,5 %;

3.11. Einengung der Interessen:

		♀	♂
ja:	(8) 15,7 %;	(8) 23,5 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(37) 72,6 %;	(21) 61,8 %;	(16) 94,1 %;
KA:	(6) 11,8 %;	(5) 14,7 %;	(1) 5,9 %;

3.12. Realitätsbezogenheit des Leistungsmotivs:
(4020)

		♀	♂
irreal:	(17) 33,3 %;	(10) 29,4 %;	(7) 41,2 %;
real:	(24) 47,1 %;	(17) 50,0 %;	(7) 41,2 %;
KA:	(10) 19,6 %;	(7) 20,6 %;	(3) 17,7 %;

3.13. Anschlußmotiv (n-affiliation):
(4026)

		♀	♂
stark:	(22) 43,1 %;	(14) 41,2 %;	(8) 47,1 %;
durchschnittl.:	(15) 29,4 %;	(11) 32,4 %;	(4) 23,5 %;
schwach:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;
KA:	(10) 19,6 %;	(6) 17,7 %;	(4) 23,5 %;

3.14. Neurotizismus:

		♀	♂
sehr hoch:	(13) 25,5 %;	(8) 23,5 %;	(5) 29,4 %;
hoch:	(18) 35,3 %;	(14) 41,2 %;	(4) 23,5 %;
durchschnittl.:	(6) 11,8 %;	(2) 5,9 %;	(4) 23,5 %;
niedrig:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;
sehr niedrig:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(13) 25,5 %;	(10) 29,4 %;	(3) 17,7 %;

Item-
Nr.

3.15. Extraversion:
(4025)

		♀	♂
sehr hoch:	(11) 21,6 %;	(7) 20,6 %;	(4) 23,5 %;
hoch:	(16) 31,4 %;	(12) 35,3 %;	(4) 23,5 %;
durchschnittl.:	(3) 15,7 %;	(4) 11,8 %;	(4) 23,5 %;
niedrig:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;
sehr niedrig:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;
KA:	(10) 19,6 %;	(7) 20,6 %;	(3) 17,7 %;

3.16. Frustrationstoleranz:
(4033)

		♀	♂
hoch:	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;
durchschnittl.:	(4) 7,8 %;	(1) 2,9 %;	(3) 17,7 %;
niedrig:	(31) 60,8 %;	(22) 64,7 %;	(9) 52,9 %;
KA:	(13) 25,5 %;	(9) 26,5 %;	(4) 23,5 %;

3.17. Non-verbale Ausdrucksfähigkeit:

		♀	♂
gut:	(16) 31,4 %;	(12) 35,3 %;	(4) 23,5 %;
durchschnittl.:	(19) 37,3 %;	(10) 29,4 %;	(9) 52,9 %;
schlecht:	(11) 21,6 %;	(8) 23,5 %;	(3) 17,7 %;
KA:	(5) 9,8 %;	(4) 11,8 %;	(1) 5,9 %;

3.18. Verbalisationsfähigkeit:

		♀	♂
gut:	(9) 17,7 %;	(6) 17,7 %;	(3) 17,7 %;
durchschnittl.:	(12) 23,5 %;	(7) 20,6 %;	(5) 29,4 %;
schlecht:	(25) 49,0 %;	(17) 50,0 %;	(8) 47,1 %;
KA:	(5) 9,8 %;	(4) 11,8 %;	(1) 5,9 %;

3.19. Sozialebilität:
(4024)

		♀	♂
hoch:	(7) 13,7 %;	(4) 11,8 %;	(3) 17,7 %;
durchschnittl.:	(23) 45,1 %;	(17) 50,0 %;	(6) 35,3 %;
niedrig:	(21) 41,2 %;	(13) 38,2 %;	(8) 47,1 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

3.20. Normativität:
(4030)

		♀	♂
hoch:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;
durchschnittl.:	(8) 15,7 %;	(4) 11,8 %;	(4) 23,5 %;
niedrig:	(34) 66,7 %;	(24) 70,6 %;	(10) 58,8 %;
KA:	(5) 9,8 %;	(3) 8,8 %;	(2) 11,8 %;

3.21. Religiosität:

		♀	♂
stark:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;
mäßig:	(8) 15,7 %;	(3) 8,8 %;	(5) 29,4 %;
fehlend:	(33) 64,7 %;	(24) 70,6 %;	(9) 52,9 %;
KA:	(9) 17,7 %;	(6) 17,7 %;	(3) 17,7 %;

3.22. Hemmung:
(4053)

		♀	♂
hoch:	(8) 15,7 %;	(4) 11,8 %;	(4) 23,5 %;
durchschnittl.:	(20) 39,2 %;	(14) 41,2 %;	(6) 35,3 %;
niedrig:	(18) 35,3 %;	(12) 35,3 %;	(6) 35,3 %;
KA:	(5) 9,8 %;	(4) 11,8 %;	(1) 5,9 %;

3.23. Durchsetzungsfähigkeit:

		♀	♂
hoch:	(10) 19,6 %;	(5) 14,7 %;	(5) 29,4 %;
durchschnittl.:	(12) 23,5 %;	(8) 23,5 %;	(4) 23,5 %;
gering:	(21) 41,2 %;	(15) 44,1 %;	(6) 35,3 %;
KA:	(8) 15,7 %;	(6) 17,7 %;	(2) 11,8 %;

3.24. Impulsivität:
(4043)

		♀	♂
hoch:	(29) 56,9 %;	(20) 58,8 %;	(9) 52,9 %;
durchschnittl.:	(11) 21,6 %;	(7) 20,6 %;	(4) 23,5 %;
niedrig:	(5) 9,8 %;	(3) 8,8 %;	(2) 11,8 %;
KA:	(6) 11,8 %;	(4) 11,8 %;	(2) 11,8 %;

Item-
Nr.

3.25. Minderwertigkeitsgefühle:
(4051)

		♀	♂
stark:	(25) 49,0 %;	(17) 50,0 %;	(8) 47,1 %;
durchschnittl.:	(12) 23,5 %;	(7) 20,6 %;	(5) 29,4 %;
gering:	(8) 15,7 %;	(5) 14,7 %;	(3) 17,7 %;
KA:	(6) 11,8 %;	(5) 14,7 %;	(1) 5,9 %;

3.26. Gefühl der Ablehnung durch die Familie:

		♀	♂
ja:	(13) 25,5 %;	(10) 29,4 %;	(3) 17,7 %;
nein:	(34) 66,7 %;	(21) 61,8 %;	(13) 76,5 %;
KA:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;

3.27. Gefühl der Ablehnung durch peer(s) (-Gruppen):

		♀	♂
ja:	(16) 31,4 %;	(10) 29,4 %;	(6) 35,3 %;
nein:	(31) 60,8 %;	(21) 61,8 %;	(10) 58,8 %;
KA:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;

3.28. Gefühl der Ablehnung durch Autoritätspersonen:

		♀	♂
ja:	(19) 37,3 %;	(10) 29,4 %;	(9) 52,9 %;
nein:	(25) 49,0 %;	(18) 52,9 %;	(7) 41,2 %;
KA:	(7) 13,7 %;	(6) 17,7 %;	(1) 5,9 %;

3.29. Labilität:
(4044)

		♀	♂
hoch:	(36) 70,6 %;	(26) 76,5 %;	(10) 58,8 %;
durchschnittl.:	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;
niedrig:	(5) 9,8 %;	(2) 5,9 %;	(3) 17,7 %;
KA:	(7) 13,7 %;	(4) 11,8 %;	(3) 17,7 %;

3.30. Offene Aggression:
(4055)

		♀	♂
hoch:	(15) 29,4 %;	(6) 17,7 %;	(9) 52,9 %;
durchschnittl.:	(13) 25,5 %;	(10) 29,4 %;	(3) 17,7 %;
niedrig:	(19) 37,3 %;	(15) 44,1 %;	(4) 23,5 %;
KA:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;

Item-
Nr.

3.31. Latente Aggressivität:
(4056)

		♀	♂
hoch:	(38) 74,5 %;	(25) 73,5 %;	(13) 76,5 %;
durchschnittl.:	(6) 11,8 %;	(3) 8,8 %;	(3) 17,7 %;
niedrig:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(6) 11,8 %;	(5) 14,7 %;	(1) 5,9 %;

3.32. Kombination von hoher latenter Aggressivität und
niedriger offener Aggression:

		♀	♂
ja:	(14) 27,5 %;	(11) 32,4 %;	(3) 17,7 %;
nein:	(31) 60,8 %;	(18) 52,9 %;	(13) 76,5 %;
KA:	(6) 11,8 %;	(5) 14,7 %;	(1) 5,9 %;

3.33. Aggressionsverschiebung:

		♀	♂
ja:	(37) 72,6 %;	(25) 73,5 %;	(12) 70,6 %;
nein:	(9) 17,7 %;	(5) 14,7 %;	(4) 23,5 %;
KA:	(5) 9,8 %;	(4) 11,8 %;	(1) 5,9 %;

3.34. Aggressionsrichtung:
(4058)

		♀	♂
überwiegend su- toaggressiv:	(9) 17,7 %;	(7) 20,6 %;	(2) 11,8 %;
überwiegend he- teroaggressiv:	(7) 13,7 %;	(3) 8,8 %;	(4) 23,5 %;
bidirektional:	(30) 58,8 %;	(20) 58,8 %;	(10) 58,8 %;
KA:	(5) 9,8 %;	(4) 11,8 %;	(1) 5,9 %;

3.35. Häufiges Schulschwänzen:

		♀	♂
ja:	(19) 37,3 %;	(13) 38,2 %;	(6) 35,3 %;
nein:	(32) 62,8 %;	(21) 61,8 %;	(11) 64,7 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

3.36. Häufiges Lügen:

		♀	♂
ja:	(20) 39,2 %;	(14) 41,2 %;	(6) 35,3 %;
nein:	(25) 49,0 %;	(16) 47,1 %;	(9) 52,9 %;
KA:	(6) 11,8 %;	(4) 11,8 %;	(2) 11,8 %;

Item-
Nr.

3.37. (Kleine) Diebstähle:

		♀	♂
ja:	(14) 27,5 %;	(7) 20,6 %;	(7) 41,2 %;
nein:	(35) 68,6 %;	(26) 76,5 %;	(9) 52,9 %;
KA:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;

3.38. Häufige Prügeleien:

		♀	♂
ja:	(6) 11,8 %;	(0) 0,0 %;	(6) 35,3 %;
nein:	(44) 86,3 %;	(34) 100,0 %;	(10) 58,8 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;

3.39. Ausgeprägte Auflehnungstendenzen:

		♀	♂
ja:	(12) 23,5 %;	(7) 20,6 %;	(5) 29,4 %;
nein:	(39) 76,5 %;	(27) 79,4 %;	(12) 70,6 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

3.40. Bevorzugte Aggressionsäußerung:

		♀	♂
verbal:	(24) 47,1 %;	(18) 52,9 %;	(6) 35,3 %;
körperlich:	(8) 15,7 %;	(3) 8,8 %;	(5) 29,4 %;
phantasiert:	(15) 29,4 %;	(10) 29,4 %;	(5) 29,4 %;
KA:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;

3.41. Prämorbidie Selbstmordgedanken:

		♀	♂
häufig:	(9) 17,7 %;	(5) 14,7 %;	(4) 23,5 %;
männlich:	(12) 23,5 %;	(9) 26,5 %;	(3) 17,7 %;
nie:	(21) 41,2 %;	(14) 41,2 %;	(7) 41,2 %;
KA:	(9) 17,7 %;	(6) 17,7 %;	(3) 17,7 %;

3.42. Mordphantasien:

		♀	♂
ja:	(13) 25,5 %;	(6) 17,7 %;	(7) 41,2 %;
nein:	(20) 39,2 %;	(14) 41,2 %;	(6) 35,3 %;
KA:	(18) 35,3 %;	(14) 41,2 %;	(4) 23,5 %;

Item-
Nr.

3.43. Offene Angst:
(4059)

		♀	♂
hoch:	(22) 43,1 %;	(16) 47,1 %;	(6) 35,3 %;
durchschnittl.:	(8) 15,7 %;	(5) 14,7 %;	(3) 17,1 %;
niedrig:	(19) 37,3 %;	(12) 35,3 %;	(7) 41,2 %;
KA:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;

3.44. Latente Angst:
(4060)

		♀	♂
hoch:	(29) 56,9 %;	(21) 61,8 %;	(8) 47,1 %;
durchschnittl.:	(12) 23,5 %;	(5) 14,7 %;	(7) 41,2 %;
niedrig:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(8) 15,7 %;	(6) 17,7 %;	(2) 11,8 %;

3.45. Kombination von niedriger offener Angst und hoher latenter Angst:

		♀	♂
ja:	(10) 19,6 %;	(6) 17,7 %;	(4) 23,5 %;
nein:	(33) 64,7 %;	(22) 64,7 %;	(11) 64,7 %;
KA:	(8) 15,7 %;	(6) 17,7 %;	(2) 11,8 %;

3.46. Angsverschiebung:

		♀	♂
ja:	(29) 56,9 %;	(18) 52,9 %;	(11) 64,7 %;
nein:	(15) 29,4 %;	(11) 32,4 %;	(4) 23,5 %;
KA:	(7) 13,7 %;	(5) 14,7 %;	(2) 11,8 %;

3.47. Angst vor den Eltern:

		♀	♂
ja:	(40) 78,4 %;	(26) 76,5 %;	(14) 82,4 %;
nein:	(8) 15,7 %;	(6) 17,7 %;	(2) 11,8 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;

3.48. Angst im schulisch/beruflichen Bereich:

		♀	♂
ja:	(27) 52,9 %;	(16) 47,1 %;	(11) 64,7 %;
nein:	(17) 33,3 %;	(13) 38,2 %;	(4) 23,5 %;
KA:	(7) 13,7 %;	(5) 14,7 %;	(2) 11,8 %;

Item-
Nr.

3.49. Angst im schulisch/beruflichen Bereich ohne gleichzeitig Angst vor den Eltern:

		♀	♂
ja:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(42) 82,4 %;	(28) 82,4 %;	(14) 82,4 %;
KA:	(7) 13,7 %;	(5) 14,7 %;	(2) 11,8 %;

3.50. Angst im sexuell/partnerschaftlichen Bereich:

		♀	♂
ja:	(9) 17,7 %;	(8) 23,5 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(26) 51,0 %;	(17) 50,0 %;	(9) 52,9 %;
nicht relevant:	(13) 25,5 %;	(7) 20,6 %;	(6) 35,3 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;

3.51. Angst vor peers:

		♀	♂
ja:	(16) 31,4 %;	(8) 23,5 %;	(8) 47,1 %;
nein:	(27) 52,9 %;	(20) 58,8 %;	(7) 41,2 %;
KA:	(8) 15,7 %;	(6) 17,7 %;	(2) 11,8 %;

3.52. Unbestimmte Zukunftsangst:

		♀	♂
ja:	(21) 41,2 %;	(14) 41,2 %;	(7) 41,2 %;
nein:	(23) 45,1 %;	(15) 44,1 %;	(8) 47,1 %;
KA:	(7) 13,7 %;	(5) 14,7 %;	(2) 11,8 %;

3.53. Anankästische Tendenzen:
(4065)

		♀	♂
stark:	(4) 7,8 %;	(2) 5,9 %;	(2) 11,8 %;
durchschnittl.:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;
gering:	(37) 72,6 %;	(25) 73,5 %;	(12) 70,6 %;
KA:	(8) 15,7 %;	(5) 14,7 %;	(3) 17,7 %;

3.54. Depressive Tendenzen:
(4063)

		♀	♂
stark:	(17) 33,3 %;	(11) 32,4 %;	(6) 35,3 %;
durchschnittl.:	(22) 43,1 %;	(14) 41,2 %;	(8) 47,1 %;
gering:	(8) 15,7 %;	(6) 17,7 %;	(2) 11,8 %;
KA:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;

Item-
Nr.

3.55. Hysterische Tendenzen:

		♀	♂
stark:	(20) 39,2 %;	(15) 44,1 %;	(5) 29,4 %;
durchschnittl.:	(12) 23,5 %;	(9) 26,5 %;	(3) 17,7 %;
gering:	(15) 29,4 %;	(7) 20,6 %;	(8) 47,1 %;
KA:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;

3.56. Phobische Tendenzen:
(4062)

		♀	♂
stark:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;
durchschnittl.:	(3) 5,9 %;	(3) 8,8 %;	(0) 0,0 %;
gering:	(42) 82,4 %;	(27) 79,4 %;	(15) 88,2 %;
KA:	(5) 9,8 %;	(4) 11,8 %;	(1) 5,9 %;

3.57. Subjektzentriertheit:
(4045)

		♀	♂
hoch:	(35) 68,6 %;	(22) 64,7 %;	(13) 76,5 %;
durchschnittl.:	(8) 15,7 %;	(6) 17,7 %;	(2) 11,8 %;
niedrig:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(7) 13,7 %;	(5) 14,7 %;	(2) 11,8 %;

3.58. Egoismus:
(4049)

		♀	♂
groß:	(32) 62,8 %;	(23) 67,7 %;	(9) 52,9 %;
durchschnittl.:	(8) 15,7 %;	(5) 14,7 %;	(3) 17,7 %;
gering:	(7) 13,7 %;	(3) 8,8 %;	(4) 23,5 %;
KA:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;

3.59. Suggestibilität:
(4042)

		♀	♂
groß:	(23) 45,1 %;	(19) 55,9 %;	(4) 23,5 %;
durchschnittl.:	(21) 41,2 %;	(11) 32,4 %;	(10) 58,8 %;
gering:	(3) 5,9 %;	(1) 2,9 %;	(2) 11,8 %;
KA:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;

Item-
Nr.

3.60. Geltungssucht:
(4050)

		♀	♂
stark:	(31) 60,8 %;	(24) 70,6 %;	(7) 41,2 %;
durchschnittl.:	(9) 17,7 %;	(4) 11,8 %;	(5) 29,4 %;
gering:	(8) 15,7 %;	(4) 11,8 %;	(4) 23,5 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;

3.61. Eifersucht:

		♀	♂
stark:	(24) 47,1 %;	(16) 47,1 %;	(8) 47,1 %;
durchschnittl.:	(13) 25,5 %;	(8) 23,5 %;	(5) 29,4 %;
gering:	(6) 11,8 %;	(3) 8,8 %;	(3) 17,7 %;
KA:	(8) 15,7 %;	(7) 20,6 %;	(1) 5,9 %;

3.62. Sexuelles Interesse:

		♀	♂
offen:	(29) 56,9 %;	(21) 70,6 %;	(8) 47,1 %;
latent:	(9) 17,7 %;	(6) 17,7 %;	(3) 17,7 %;
KA:	(13) 25,5 %;	(7) 11,8 %;	(6) 35,3 %;

3.63. Sexuelle Auffälligkeiten:

		♀	♂
ja:	(4) 7,8 %;	(4) 11,8 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(46) 90,2 %;	(30) 88,2 %;	(16) 94,1 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;

3.64. Sexuelle Erlebnisse:

		♀	♂
ja:	(14) 27,5 %;	(11) 32,4 %;	(3) 17,7 %;
nein:	(34) 66,7 %;	(21) 61,8 %;	(13) 76,5 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;

Item-
Nr.

3.65. Zeitpunkt des ersten sexuellen Erlebnisses
(soweit vorhanden):

		♀	♂
vor dem 10.Lebensjahr:	(1) 7,1 %;	(1) 9,1 %;	(0) 0,0 %;
10.-12.Lebensjahr:	(4) 28,6 %;	(4) 36,4 %;	(0) 0,0 %;
13.-15.Lebensjahr:	(7) 50,0 %;	(5) 45,6 %;	(2) 66,7 %;
KA:	(2) 14,3 %;	(1) 9,1 %;	(1) 33,3 %;

3.66. Geschlechtsverkehr:

		♀	♂
ja:	(5) 9,8 %;	(5) 14,7 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(44) 86,3 %;	(27) 79,4 %;	(17) 100,0 %;
KA:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;

3.67. Traumatisierender sexueller Kontakt:

		♀	♂
ja:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(47) 92,2 %;	(31) 91,2 %;	(16) 94,1 %;
KA:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;

6.1.4. Soziale Items

Item-
Nr.

4.1. Schichtzugehörigkeit des Patienten:

		♀	♂
Oberschicht u. obere Mittels.:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;
Mittlere Mittelschicht:	(5) 9,8 %;	(2) 5,9 %;	(3) 17,7 %;
Untere Mittelschicht:	(12) 23,5 %;	(7) 20,6 %;	(5) 29,4 %;
Obere Unterschicht:	(16) 31,4 %;	(11) 32,4 %;	(5) 29,4 %;
Untere Unterschicht:	(16) 31,4 %;	(13) 38,2 %;	(3) 17,7 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

4.2. Hauptverdiener der Familie:

		♀	♂
Vater:	(40) 78,4 %;	(26) 76,5 %;	(14) 82,4 %;
Mutter:	(5) 9,8 %;	(4) 11,8 %;	(1) 5,9 %;
beide Eltern:	(3) 5,9 %;	(1) 2,9 %;	(2) 11,8 %;
Sonstige:	(3) 5,9 %;	(3) 8,8 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

4.3. Vater (soweit vorhanden) zum Zeitpunkt des SV erwerbstätig:

		♀	♂
ja:	(41) 93,2 %;	(26) 92,6 %;	(15) 93,75%;
nein:	(3) 6,8 %;	(2) 7,1 %;	(1) 6,25%;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

4.4. Vater erwerbstätig als:

		♀	♂
Selbständiger:	(6) 14,6 %;	(4) 15,4 %;	(2) 13,3 %;
Beamter:	(3) 7,3 %;	(2) 7,7 %;	(1) 6,7 %;
Angestellter:	(13) 31,7 %;	(7) 26,9 %;	(6) 40,0 %;
Arbeiter:	(19) 46,3 %;	(13) 50,0 %;	(6) 40,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

4.5. Mutter (soweit vorhanden) z.Zp. des SV erwerbstätig:

		♀	♂
ja:	(34) 68,0 %;	(23) 69,7 %;	(11) 67,7 %;
nein:	(16) 32,0 %;	(10) 30,3 %;	(6) 35,3 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

4.6. Mutter erwerbstätig als:

Selbständige od. mithelfendes Fam.-Mitglied:		♀	♂
	(7) 20,6 %;	(4) 17,4 %;	(3) 27,3 %;
Beamtin:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;
Angestellte:	(13) 38,2 %;	(9) 39,1 %;	(4) 36,4 %;
Arbeiterin:	(14) 41,2 %;	(10) 43,5 %;	(4) 36,4 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

4.7. Durchschnittliches monatliches Familiennettoeinkommen
in den letzten Jahren vor dem SV:

		♀	♂
unter 800 DM:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;
800-1400 DM:	(10) 19,6 %;	(8) 23,5 %;	(2) 11,8 %;
1400-2200 DM:	(18) 35,3 %;	(11) 32,4 %;	(7) 41,2 %;
über 2200 DM:	(18) 35,3 %;	(12) 35,3 %;	(6) 35,3 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(1) 2,9 %;	(2) 11,8 %;

4.8. Seit Geburt des Patienten ist seine Familie sozial:

		♀	♂
aufgestiegen:	(17) 33,3 %;	(8) 23,5 %;	(9) 52,9 %;
stab.geblieben:	(21) 41,2 %;	(17) 50,0 %;	(4) 17,7 %;
abgestiegen:	(11) 21,6 %;	(8) 23,5 %;	(3) 23,5 %;
KA:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;

4.9. Familie bekommt Sozialhilfeunterstützung:

		♀	♂
ja:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(47) 92,2 %;	(31) 91,2 %;	(16) 94,1 %;
KA:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

4.10. Öffentliche Jugendhilfe für den Patienten:

		♀	♂
ja:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(50) 98,0 %;	(33) 97,1 %;	(17) 100,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

4.11. Letzter Schulabschluß des Vaters (soweit vorhanden):

		♀	♂
ohne Abschluß od.VS-Abschluß:	(39) 88,6 %;	(25) 89,3 %;	(14) 87,5 %;
Realschul- abschluß:	(2) 4,6 %;	(1) 3,6 %;	(1) 6,25%;
Oberschul- abschluß:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;
Fachschul- abschluß:	(1) 2,3 %;	(1) 3,6 %;	(0) 0,0 %;
Hochschul- abschluß:	(2) 4,6 %;	(1) 3,6 %;	(1) 6,25%;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

4.12. Letzter Schulabschluß der Mutter (soweit vorhanden):

		♀	♂
ohne Abschluß od.VS-Abschluß:	(45) 90,0 %;	(31) 93,9 %;	(14) 82,4 %;
Realschul- abschluß:	(1) 2,0 %;	(1) 3,0 %;	(0) 0,0 %;
Oberschul- abschluß:	(2) 4,0 %;	(1) 3,0 %;	(1) 5,9 %;
Fachschul- abschluß:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;
Hochschul- abschluß:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;

4.13. Familie:

		♀	♂
vollständig:	(44) 86,3 %;	(28) 82,4 %;	(16) 94,1 %;
unvollständig:	(7) 13,7 %;	(6) 17,7 %;	(1) 5,9 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

4.14. Patient wohnt:

		♀	♂
einem Mehrfami- lienhaus in ei- ner Trabanten- siedlung:	(7) 13,7 %;	(4) 11,8 %;	(3) 17,7 %;
einem sonstigen durchschnittl. erhaltenen Mehr- familienhaus:	(10) 19,6 %;	(10) 29,4 %;	(0) 0,0 %;
einem Einfami- lien-od.Rei- henhaus:	(16) 31,4 %;	(6) 17,7 %;	(10) 58,8 %;
einem sanierungs- bedürftigen Alt- bau:	(13) 25,5 %;	(10) 29,4 %;	(3) 17,7 %;
einer Obdachlo- sensiedlung:	(13) 25,5 %;	(10) 29,4 %;	(3) 17,7 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;

4.15. Patient wohnt in einem Ort mit:

		♀	♂
üb.100000 Einw.	(34) 66,7 %;	(24) 70,6 %;	(10) 58,8 %;
20000 - 100000 Einwohner:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;
5000 - 20000 Einwohner:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;
unt.5000 Einw.:	(14) 27,5 %;	(9) 26,5 %;	(5) 29,4 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

4.16. Der Patient aus der Großstadt wohnt:

		♀	♂
in einem Vorort:	(16) 47,1 %;	(11) 45,8 %;	(5) 50,0 %;
im Zentrum:	(18) 52,9 %;	(13) 54,2 %;	(5) 50,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

4.17. Die Familie wohnt mit dem Patienten:

		♀	♂
i.eigen(em)Haus/ (-er) Wohnung:	(11) 21,6 %;	(6) 17,7 %;	(5) 29,4 %;
in einer Miet- wohnung:	(36) 70,6 %;	(25) 73,5 %;	(11) 64,7 %;
i.einer Behelfs- wohnung:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;

4.18. Eigenes Bad in der Wohnung der Familie:

		♀	♂
ja:	(36) 70,6 %;	(22) 64,7 %;	(14) 82,4 %;
nein:	(10) 19,6 %;	(9) 26,5 %;	(1) 5,9 %;
KA:	(5) 9,8 %;	(3) 8,8 %;	(2) 11,8 %;

4.19. Anzahl der Haushaltsmitglieder:

		♀	♂
3 und weniger:	(8) 15,7 %;	(8) 23,5 %;	(0) 0,0 %;
4 bis 5:	(31) 60,8 %;	(20) 58,8 %;	(11) 64,7 %;
mehr als 5:	(12) 23,5 %;	(6) 17,7 %;	(6) 35,3 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

4.20. Zahl der Zimmer in der Wohnung:

		♀	♂
1 - 2:	(8) 15,7 %;	(7) 20,6 %;	(1) 5,9 %;
3 - 4:	(28) 54,9 %;	(19) 55,9 %;	(9) 52,9 %;
5 und mehr:	(11) 21,6 %;	(5) 14,7 %;	(6) 35,3 %;
KA:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;

4.21. Patient hat ein eigenes Zimmer:

		♀	♂
ja:	(26) 51,0 %;	(19) 55,9 %;	(7) 41,2 %;
nein:	(24) 47,1 %;	(14) 41,2 %;	(10) 58,8 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

4.22. Wohnungswechsel bisher:

		♀	♂
1 - 2x:	(22) 43,1 %;	(14) 41,2 %;	(8) 47,1 %;
mehr als 2x:	(12) 23,5 %;	(8) 23,5 %;	(4) 23,5 %;
nein:	(11) 21,6 %;	(7) 20,6 %;	(4) 23,5 %;
KA:	(6) 11,8 %;	(5) 14,7 %;	(1) 5,9 %;

4.23. Wohnverhältnisse insgesamt:

		♀	♂
gut:	(12) 23,5 %;	(5) 14,7 %;	(7) 41,2 %;
durchschnittl.:	(25) 49,0 %;	(18) 52,9 %;	(7) 41,2 %;
schlecht:	(11) 21,6 %;	(9) 26,5 %;	(2) 11,8 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;

4.24. In der Wohnung Telefon:

		♀	♂
ja:	(29) 56,9 %;	(16) 47,1 %;	(13) 76,5 %;
nein:	(22) 43,1 %;	(18) 52,9 %;	(4) 23,5 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

4.25. Starke berufliche Belastung:

		♀	♂
nur des Vaters:	(9) 17,7 %;	(5) 14,7 %;	(4) 23,5 %;
nur der Mutter:	(6) 11,8 %;	(4) 11,8 %;	(2) 11,8 %;
beider Eltern:	(9) 17,7 %;	(7) 20,6 %;	(2) 11,8 %;
keine:	(22) 43,1 %;	(14) 41,2 %;	(8) 47,1 %;
KA:	(5) 9,8 %;	(4) 11,8 %;	(1) 5,9 %;

4.26. Die Mutter ist beruflich tätig:

		♀	♂
gänztags:	(12) 23,5 %;	(11) 32,4 %;	(1) 5,9 %;
halbtags:	(15) 29,4 %;	(10) 29,4 %;	(5) 29,4 %;
stundenweise:	(6) 11,8 %;	(2) 5,9 %;	(4) 23,5 %;
nein:	(16) 31,4 %;	(10) 29,4 %;	(6) 35,3 %;
KA:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;

Item-
Nr.

4.27. Patient ist Schlüsselkind:

		♀	♂
ja:	(11) 21,6 %;	(9) 26,5 %;	(2) 11,8 %;
nein:	(40) 78,4 %;	(25) 73,5 %;	(15) 88,2 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

4.28. Der Patient lebt:

		♀	♂
bei beiden Eltern:	(37) 72,6 %;	(24) 73,5 %;	(13) 76,5 %;
nur b.der leiblichen Mutter:	(6) 11,8 %;	(5) 14,7 %;	(1) 5,9 %;
nur beim leiblichen Vater:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;
bei der leiblichen Mutter und ein.Stiefvater:	(5) 9,8 %;	(3) 8,8 %;	(2) 11,8 %;
beim leibl.Vater und einer Stiefmutter:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;
bei Pflege- oder Adoptiveltern:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;
bei Verwandten:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;
im Heim:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

4.29. Dominanz in der Familie (insofern ein Elternpaar vorhanden ist):

		♀	♂
Vater dominant:	(19) 43,2 %;	(10) 35,1 %;	(9) 56,25 %;
Mutter dominant:	(15) 34,1 %;	(11) 39,3 %;	(4) 25,0 %;
beid.kodominant:	(3) 6,8 %;	(2) 7,1 %;	(1) 6,25 %;
So.dominant:	(2) 4,6 %;	(2) 7,1 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(5) 11,4 %;	(3) 12,7 %;	(2) 12,5 %;

4.30. Außenkontakte der Familie:

		♀	♂
zähreich:	(8) 15,7 %;	(3) 8,8 %;	(5) 29,4 %;
durchschnittl.:	(13) 25,5 %;	(7) 20,6 %;	(6) 35,3 %;
gering:	(23) 45,1 %;	(20) 58,8 %;	(3) 17,7 %;
KA:	(7) 13,7 %;	(4) 11,8 %;	(3) 17,7 %;

Item-
Nr.

4.31. Erziehungsstil:

		♀	♂
ausgeglichen fürsorglich:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;
überbehütend:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;
laissez-faire:	(10) 19,6 %;	(9) 26,5 %;	(1) 5,9 %;
repressiv:	(11) 21,6 %;	(6) 17,7 %;	(5) 29,4 %;
inegal:	(23) 45,1 %;	(16) 47,1 %;	(7) 41,2 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(1) 2,9 %;	(2) 11,8 %;

4.32. Erziehung des Patienten hauptsächlich durch:

		♀	♂
beide Eltern:	(12) 23,5 %;	(5) 14,7 %;	(7) 41,2 %;
die Mutter:	(27) 52,9 %;	(21) 61,8 %;	(6) 35,3 %;
den Vater:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;
Verwandte:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;
wechselnde Per- sonen:	(8) 15,7 %;	(6) 17,7 %;	(2) 11,8 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;

4.33. Erziehung des Patienten:

		♀	♂
religiös betont:	(4) 7,8 %;	(2) 5,9 %;	(2) 11,8 %;
relig.gleichgül- tig:	(37) 72,6 %;	(24) 70,6 %;	(13) 76,5 %;
antireligiös:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(8) 15,7 %;	(6) 17,7 %;	(2) 11,8 %;

4.34. Soziale Kontakte des Patienten außerhalb der Familie:

		♀	♂
zahlreich:	(7) 13,7 %;	(2) 5,9 %;	(5) 29,4 %;
durchschnittl.:	(25) 49,0 %;	(21) 61,8 %;	(4) 23,5 %;
gering:	(16) 31,4 %;	(9) 17,7 %;	(7) 41,2 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;

Item-
Nr.

4.35. Patient ist in der Schulklasse (am Arbeitsplatz):

		♀	♂
dominant:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;
beliebt:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;
konform:	(17) 33,3 %;	(15) 44,1 %;	(2) 11,8 %;
neg. Außen- seiter:	(25) 49,0 %;	(13) 38,2 %;	(12) 70,6 %;
KA:	(5) 9,8 %;	(4) 11,8 %;	(1) 5,9 %;

4.36. Patient ist in Gruppen von peers außerhalb der
Schulklasse:

		♀	♂
dominant:	(5) 9,8 %;	(1) 2,9 %;	(4) 23,5 %;
beliebt:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;
konform:	(29) 56,9 %;	(23) 67,7 %;	(6) 35,3 %;
neg. Außen- seiter:	(7) 13,7 %;	(3) 8,8 %;	(4) 23,5 %;
KA:	(8) 15,7 %;	(6) 17,7 %;	(2) 11,8 %;

4.37. Bevorzugte Form der Freizeitgestaltung:

		♀	♂
passiv-ziellos:	(24) 47,1 %;	(20) 58,8 %;	(4) 23,5 %;
spontan-zielge- richtet:	(17) 33,3 %;	(9) 26,5 %;	(8) 47,1 %;
aktiv-fester struktuiert:	(3) 5,9 %;	(0) 0,0 %;	(3) 17,7 %;
KA:	(7) 13,7 %;	(5) 14,7 %;	(2) 11,8 %;

4.38. Bisher Kontakt des Patienten mit dem Jugendamt:

		♀	♂
ja:	(11) 21,6 %;	(7) 20,6 %;	(4) 23,5 %;
nein:	(40) 78,4 %;	(27) 79,4 %;	(13) 76,5 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

4.39. Delinquentes Verhalten:

		♀	♂
ja:	(7) 13,7 %;	(2) 5,9 %;	(5) 29,4 %;
nein:	(44) 86,3 %;	(32) 94,1 %;	(12) 70,6 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

4.40. Wenn delinquentes Verhalten, dann Eigentumsdelikt:

ja: (7) 100,0 %;
nein: (0) 0,0 %;
KA: (0) 0,0 %;

4.41. Wenn delinquentes Verhalten, dann Körperverletzung:

ja: (1) 14,3 %; (0) 0,0 %; (1) 20,0 %;
nein: (6) 85,7 %; (2) 100,0 %; (4) 80,0 %;
KA: (0) 0,0 %; (0) 0,0 %; (0) 0,0 %;

4.42. Momentan oder zuletzt besuchte Schulart:

Sonderschule: (3) 5,9 %; (2) 5,9 %; (1) 5,9 %;
Volksschule bis 4.Klasse: (4) 7,8 %; (2) 5,9 %; (2) 11,8 %;
Volksschule ab 5.Klasse: (28) 54,9 %; (23) 67,7 %; (5) 29,4 %;
Realschule: (7) 13,7 %; (2) 5,9 %; (5) 29,4 %;
Oberschule: (9) 17,7 %; (5) 14,7 %; (4) 23,5 %;
KA: (0) 0,0 %; (0) 0,0 %; (0) 0,0 %;

4.43. Schulabschluß:

ja: (2) 3,9 %; (2) 5,9 %; (0) 0,0 %;
nein: (0) 0,0 %; (0) 0,0 %; (0) 0,0 %;
noch nicht: (49) 96,1 %; (32) 94,1 %; (17) 100,0 %;
KA: (0) 0,0 %; (0) 0,0 %; (0) 0,0 %;

4.44. Schon beruflich tätig:

ja: (1) 2,0 %; (1) 2,9 %; (0) 0,0 %;
nein: (50) 98,0 %; (33) 97,1 %; (17) 100,0 %;
KA: (0) 0,0 %; (0) 0,0 %; (0) 0,0 %;

6.1.5. Situationale Items:

Item-
Nr.

5.1. Materielle Verhältnisse der Familie:

		♀	♂
verbessert:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;
gleich ge- blieben:	(45) 88,2 %;	(31) 91,2 %;	(14) 82,4 %;
verschlechtert:	(3) 5,9 %;	(1) 2,9 %;	(2) 11,8 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;

5.2. Kurzarbeit oder Arbeitslosigkeit des Hauptverdieners:

		♀	♂
ja:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(47) 92,2 %;	(31) 91,2 %;	(16) 94,1 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

5.3. Schulwechsel des Patienten:

		♀	♂
ja:	(5) 9,8 %;	(3) 8,8 %;	(2) 11,8 %;
nein:	(46) 90,2 %;	(31) 91,2 %;	(15) 88,2 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

5.4. Schulische oder berufliche Schwierigkeiten des Patienten:

		♀	♂
nicht vorhanden:	(24) 47,1 %;	(20) 58,8 %;	(4) 23,5 %;
bestehen un- verändert:	(7) 13,7 %;	(4) 11,8 %;	(3) 17,7 %;
spitzen sich zu:	(18) 35,3 %;	(9) 26,5 %;	(9) 52,9 %;
treten plötz- lich auf:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

5.5. Berufseintritt:

		♀	♂
ja:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(49) 96,1 %;	(32) 94,1 %;	(17) 100,0 %;
in den nächsten 6 Monaten:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

5.6. Umzüge:

		♀	♂
ja:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(47) 92,2 %;	(31) 91,2 %;	(16) 94,1 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

5.7. Trennung des Patienten von einer emotional für ihn bedeutenden Person (Freund, Freundin, Elternteil, Verwandter):

		♀	♂
ja:	(7) 13,7 %;	(7) 20,6 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(43) 84,3 %;	(27) 79,4 %;	(16) 94,1 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;

5.8. Beziehung zu einer neuen, emotional wichtigen Person oder Gruppe:

		♀	♂
ja:	(12) 23,5 %;	(11) 32,4 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(33) 64,7 %;	(19) 55,9 %;	(14) 82,4 %;
KA:	(6) 11,8 %;	(4) 11,8 %;	(2) 11,8 %;

5.9. Menarche:

ja:	(4) 11,8 %;
nein:	(23) 67,7 %;
KA:	(7) 20,6 %;

5.10. Delinquentes Verhalten:

		♀	♂
ja:	(5) 9,8 %;	(1) 2,9 %;	(4) 23,5 %;
nein:	(46) 90,2 %;	(33) 97,1 %;	(13) 76,5 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

5.11. Alkohol- oder Drogenabusus:

		♀	♂
ja:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(45) 88,2 %;	(31) 91,2 %;	(14) 82,4 %;
KA:	(5) 9,8 %;	(3) 8,8 %;	(2) 11,8 %;

Item-
Nr.

5.12. Rückzugsverhalten:

		♀	♂
jā:	(6) 11,8 %;	(3) 8,8 %;	(3) 17,7 %;
nein:	(42) 84,4 %;	(29) 85,3 %;	(13) 76,5 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;

5.13. Weglaufen von zu Hause:

		♀	♂
jā:	(3) 5,9 %;	(3) 8,8 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(47) 92,2 %;	(30) 88,2 %;	(17) 100,0 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;

5.14. Konflikte des Patienten mit für ihn wichtigen Personen:

		♀	♂
nicht verändert oder fehlend:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;
spitzen sich zu:	(37) 72,6 %;	(24) 70,6 %;	(13) 76,5 %;
treten plötz- lich auf:	(9) 17,7 %;	(7) 20,6 %;	(2) 11,8 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;

5.15. Konflikte mit den Eltern:

		♀	♂
nicht verändert oder fehlend:	(9) 17,7 %;	(8) 23,5 %;	(1) 5,9 %;
spitzen sich zu:	(32) 62,8 %;	(20) 58,8 %;	(12) 70,6 %;
treten plötz- lich auf:	(9) 17,7 %;	(6) 17,7 %;	(3) 17,7 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;

5.16. Konflikte mit sonstigen Personen:

		♀	♂
nicht verändert oder fehlend:	(32) 62,8 %;	(19) 55,9 %;	(13) 76,5 %;
spitzen sich zu:	(16) 31,4 %;	(13) 38,2 %;	(3) 17,7 %;
treten plötz- lich auf:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;

Item-
Nr.

5.17. Traumatisierender sexueller Kontakt:

		♀	♂
ja:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;
nein:	(49) 96,1 %;	(32) 94,1 %;	(17) 100,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

5.18. Akute oder sich zuspitzende körperliche Erkrankung des Patienten:

	♀		♂			
ja:	(1)	2,0 %;	(1)	2,9 %;	(0)	0,0 %;
nein:	(50)	98,0 %;	(33)	97,1 %;	(17)	100,0 %;
KA:	(0)	0,0 %;	(0)	0,0 %;	(0)	0,0 %;

5.19. Plötzlich auftretende oder sich zuspitzende Verhaltensstörung (3x Hyperaggressivität + Dissozialität, 1x Enuresis nocturna):

		♀	♂
ja:	(3) 5,9 %;	(0) 0,0 %;	(3) 17,7 %;
nein:	(48) 94,1 %;	(34) 100,0 %;	(14) 82,4 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

5.20. Sonstige 'unmotivierter' Verhaltensänderung:

	♀		♂			
ja:	(1)	2,0 %;	(1)	2,9 %;	(0)	0,0 %;
nein:	(48)	94,1 %;	(32)	94,1 %;	(16)	94,1 %;
KA:	(2)	3,9 %;	(1)	2,9 %;	(1)	5,9 %;

5.21. Äußerung von Suizidgedanken durch den Patienten:

		♀	♂
ja:	(6) 11,8 %;	(5) 14,7 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(42) 82,4 %;	(27) 79,4 %;	(15) 88,2 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;

5.22. Suizid oder Suizidversuch in der Umgebung des Patienten:

		♀	♂
ja:	(5) 9,8 %;	(3) 8,8 %;	(2) 11,8 %;
nein:	(44) 86,3 %;	(31) 91,2 %;	(13) 76,5 %;
KA:	(2) 3,9 %;	(0) 0,0 %;	(2) 11,8 %;

Item-
Nr.

5.23. Selbstmordgedanken des Patienten in den 3 Monaten vor dem SV:

		♀	♂
häufig:	(10) 19,6 %;	(6) 17,7 %;	(4) 23,5 %;
manchmal:	(10) 19,6 %;	(7) 20,6 %;	(3) 17,7 %;
nie:	(23) 45,1 %;	(16) 47,1 %;	(7) 41,2 %;
KA:	(8) 15,7 %;	(5) 14,7 %;	(3) 17,7 %;

5.24. Konkretisierung der Suizidgedanken:

		♀	♂
unmittelbar vorher:	(30) 58,8 %;	(19) 55,9 %;	(11) 64,7 %;
Stunden vorher:	(5) 9,8 %;	(5) 14,7 %;	(0) 0,0 %;
Tage vorher:	(4) 7,8 %;	(2) 5,9 %;	(2) 11,8 %;
Wochen vorher:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;
Monate vorher:	(4) 7,8 %;	(1) 2,9 %;	(3) 17,7 %;
KA:	(6) 11,8 %;	(5) 14,7 %;	(1) 5,9 %;

5.25. Informative Verhaltensweisen vor dem SV:

		♀	♂
eindeutig:	(7) 13,7 %;	(5) 14,7 %;	(2) 11,8 %;
angedeutet:	(6) 11,8 %;	(3) 8,8 %;	(3) 17,7 %;
nein:	(35) 68,6 %;	(23) 67,7 %;	(12) 70,6 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(3) 8,8 %;	(0) 0,0 %;

5.26. Abschiedsbrief:

		♀	♂
ja:	(9) 17,7 %;	(5) 14,7 %;	(4) 23,5 %;
nein:	(42) 82,4 %;	(29) 85,3 %;	(13) 76,5 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

5.27. Objektive Möglichkeit für andere Personen bei oder unmittelbar nach dem SV einzugreifen:

		♀	♂
groß:	(47) 92,2 %;	(31) 91,2 %;	(16) 94,1 %;
bedingt gegeben:	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;
ganz gering:	(1) 2,0 %;	(1) 2,9 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

Item-
Nr.

5.28. Ort des SV:

		♀	♂
elterliche Wohnung:	(41) 80,4 %;	(25) 73,5 %;	(16) 94,1 %;
Schule:	(5) 9,8 %;	(4) 11,8 %;	(1) 5,9 %;
im Freien:	(3) 5,9 %;	(3) 8,8 %;	(0) 0,0 %;
Wohnung von Bekannten:	(2) 3,9 %;	(2) 5,9 %;	(0) 0,0 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

5.29. Drogen oder Alkohol vor dem SV:

		♀	♂
ja:	(2) 3,9 %;	(1) 2,9 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(48) 94,1 %;	(33) 97,1 %;	(15) 88,2 %;
KA:	(1) 2,0 %;	(0) 0,0 %;	(1) 5,9 %;

5.30. Im Motivationsgefüge des SV waren Konflikte im schulisch-beruflichen Leistungsbereich unmittelbar erkennbar:

		♀	♂
ja:	(18) 35,3 %;	(9) 26,5 %;	(9) 52,9 %;
nein:	(29) 56,9 %;	(22) 64,7 %;	(7) 41,2 %;
KA:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;

5.31. Im Motivationsgefüge des SV waren Konflikte mit peers unmittelbar erkennbar:

		♀	♂
ja:	(19) 37,3 %;	(11) 32,4 %;	(8) 47,1 %;
nein:	(26) 51,0 %;	(19) 55,9 %;	(7) 41,2 %;
KA:	(6) 11,8 %;	(4) 11,8 %;	(2) 11,8 %;

5.32. Im Motivationsgefüge des SV waren Konflikte mit den Eltern unmittelbar erkennbar:

		♀	♂
ja:	(42) 82,4 %;	(29) 85,3 %;	(13) 76,5 %;
nein:	(3) 5,9 %;	(0) 0,0 %;	(3) 17,7 %;
KA:	(6) 11,8 %;	(5) 14,7 %;	(1) 5,9 %;

Item-
Nr.

5.33. Im Motivationsgefüge des SV war mangelnde Zuwendung durch die Eltern unmittelbar erkennbar:

		♀	♂
ja:	(37) 72,6 %;	(28) 82,4 %;	(9) 52,9 %;
nein:	(8) 15,7 %;	(2) 5,9 %;	(6) 35,3 %;
KA:	(6) 11,8 %;	(4) 11,8 %;	(2) 11,8 %;

5.34. Im Motivationsgefüge des SV war Leiden unter Vereinsamung unmittelbar erkennbar:

		♀	♂
ja:	(10) 19,6 %;	(8) 23,5 %;	(2) 11,8 %;
nein:	(38) 74,5 %;	(24) 70,6 %;	(14) 82,4 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;

5.35. Im Motivationsgefüge des SV waren 'Liebeskummer' oder andere Konflikte in der Beziehung zum anderen Geschlecht unmittelbar erkennbar:

		♀	♂
ja:	(6) 11,8 %;	(3) 8,8 %;	(3) 17,7 %;
nein:	(29) 56,9 %;	(22) 64,7 %;	(7) 41,2 %;
nicht relevant:	(13) 25,5 %;	(7) 20,6 %;	(6) 35,3 %;
KA:	(3) 5,9 %;	(2) 5,9 %;	(1) 5,9 %;

5.36. Im Motivationsgefüge des SV war das Gefühl, von anderen gering geschätzt zu werden, unmittelbar erkennbar:

		♀	♂
ja:	(26) 51,0 %;	(16) 47,1 %;	(10) 58,8 %;
nein:	(16) 31,4 %;	(12) 35,3 %;	(4) 23,5 %;
KA:	(9) 17,7 %;	(6) 17,7 %;	(3) 17,7 %;

5.37. Im Motivationsgefüge des SV war Zukunftsangst unmittelbar erkennbar:

		♀	♂
ja:	(14) 27,5 %;	(9) 26,5 %;	(5) 29,4 %;
nein:	(32) 62,8 %;	(22) 64,7 %;	(10) 58,8 %;
KA:	(5) 9,8 %;	(3) 8,8 %;	(2) 11,8 %;

Item-
Nr.

5.38. Im Motivationsgefüge des SV war das Leiden unter dem Gefühl allgemeiner Sinnlosigkeit unmittelbar erkennbar:

ja:	(4) 7,8 %;	(3) 8,8 %;	(1) 5,9 %;
nein:	(43) 84,3 %;	(29) 85,3 %;	(14) 82,4 %;
KA:	(4) 7,8 %;	(2) 5,9 %;	(2) 11,8 %;

5.39. Die den SV auslösende Situation:

lag im familiären Bereich:	(22) 43,1 %;	(15) 44,1 %;	(7) 41,2 %;
lag im extrafamiliären Ber.:	(6) 11,8 %;	(5) 14,7 %;	(1) 5,9 %;
lag in beiden Bereichen:	(14) 27,5 %;	(9) 26,5 %;	(5) 29,4 %;
war nicht erkennbar:	(9) 17,7 %;	(5) 14,7 %;	(4) 23,5 %;
KA:	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;	(0) 0,0 %;

5.40. (Teil-)Intention des SV war eine situationale Entlastung:

ja:	(32) 62,8 %;	(20) 58,8 %;	(12) 70,6 %;
nein:	(14) 27,5 %;	(11) 32,4 %;	(3) 17,7 %;
KA:	(5) 9,8 %;	(3) 8,8 %;	(2) 11,8 %;

5.41. (Teil-)Intention des SV war ein Appell an die Umwelt:

ja:	(25) 49,0 %;	(19) 55,9 %;	(6) 35,3 %;
nein:	(21) 41,2 %;	(12) 35,3 %;	(9) 52,9 %;
KA:	(5) 9,8 %;	(3) 8,8 %;	(2) 11,8 %;

5.42. (Teil-)Intention des SV war die Bestrafung anderer:

ja:	(10) 19,6 %;	(5) 14,7 %;	(5) 29,4 %;
nein:	(33) 64,7 %;	(24) 70,6 %;	(9) 52,9 %;
KA:	(8) 15,7 %;	(5) 14,7 %;	(3) 17,7 %;

Item-
Nr.

5.43. (Teil-)Intention des SV war der Wunsch nach dem 'Tod':

	♀			♂		
ja:	(4)	7,8 %;	(1)	2,9 %;	(3)	17,7 %;
nein:	(42)	82,4 %;	(30)	88,2 %;	(12)	70,6 %;
KA:	(5)	9,8 %;	(3)	8,8 %;	(2)	11,8 %;

5.44. Informative Verhaltensweisen unmittelbar nach dem SV:

	♀			♂		
eindeutig:	(14)	27,5 %;	(9)	26,5 %;	(5)	29,4 %;
angedeutet:	(5)	9,8 %;	(4)	11,8 %;	(1)	5,9 %;
nein:	(32)	62,8 %;	(21)	61,8 %;	(11)	64,7 %;
KA:	(0)	0,0 %;	(0)	0,0 %;	(0)	0,0 %;

5.45. Tageszeit des SV:

	♀			♂		
22 ^h - 6 ^h :	(5)	9,8 %;	(1)	2,9 %;	(4)	23,5 %;
6 ^h - 12 ^h :	(10)	19,6 %;	(7)	20,6 %;	(3)	17,7 %;
12 ^h - 17 ^h :	(19)	37,4 %;	(13)	38,2 %;	(6)	35,3 %;
17 ^h - 22 ^h :	(17)	33,3 %;	(13)	38,2 %;	(4)	23,5 %;
KA:	(0)	0,0 %;	(0)	0,0 %;	(0)	0,0 %;

5.46. Wochentag des SV:

	♀			♂		
Sonntag:	(5)	9,8 %;	(3)	8,8 %;	(2)	11,8 %;
Montag:	(12)	23,5 %;	(6)	17,7 %;	(6)	35,3 %;
Dienstag:	(4)	7,8 %;	(4)	11,8 %;	(0)	0,0 %;
Mittwoch:	(5)	9,8 %;	(4)	11,8 %;	(1)	5,9 %;
Donnerstag:	(8)	15,7 %;	(6)	17,7 %;	(2)	11,8 %;
Freitag:	(9)	17,7 %;	(4)	11,8 %;	(5)	29,4 %;
Samstag:	(8)	15,7 %;	(7)	20,6 %;	(1)	5,9 %;
KA:	(0)	0,0 %;	(0)	0,0 %;	(0)	0,0 %;

5.47. Jahreszeit, in die der SV fiel:

	♀			♂		
Dez.-Febr.:	(18)	35,3 %;	(14)	41,2 %;	(4)	23,5 %;
März-Mai:	(14)	27,5 %;	(10)	29,4 %;	(4)	23,5 %;
Juni-August:	(10)	19,6 %;	(5)	14,7 %;	(5)	29,4 %;
Sept.-Nov.:	(9)	17,7 %;	(5)	14,7 %;	(4)	23,5 %;
KA:	(0)	0,0 %;	(0)	0,0 %;	(0)	0,0 %;

6.2. Erläuterungen zu den Einzelitems und Definitionen *

Item-
Nr.

- 1.1. Erbkrankheiten: "Erbkrankheiten sind die Krankheiten, bei deren Entstehung die erblichen Anlagen die entscheidende Rolle spielen" (412,5.2.)(z.B. Hämophilie,metachromatische Leukodystrophie,Phe-nylketonurie etc.). Erbkrankheiten, für die nur eine allgemeine hereditäre Disposition besteht (z.B. Diabetes mellitus,endogene Depression etc.), wurden nicht berücksichtigt.
- 1.2. Geisteskrankheiten: "Jede geistige Störung erhebli-
1.3. chen Ausmaßes. Entscheidend (dabei) ist die Quanti-tät und nicht die Qualität der Störung"(284,S.198).
- 1.4. Psychosen: Nur Schizophrenien und endogen-affektive Psychosen.
- 1.5. Gravierende Erkrankungen: Erkrankungen, die das Fa-milienleben chronisch beeinträchtigen (z.B. gelähm-ter Vater,Geschwister mit Down-Syndrom etc.).
- 1.7. Risikoschwangerschaft: Schwangerschaft, die von den behandelnden Ärzten als solche bezeichnet worden ist, oder auf die die Kriterien der Risikoschwan-gerschaft nach SCHMIDT-MATTHIESEN (322) zutreffen.
- 1.8. Risikogeburt: analog 1.7.

* In diesem Kapitel sollen die Merkmale erläutert und definiert werden, die in ihrer inhaltlichen Bedeu-tung nicht von vornherein evident sind.

Item-
Nr.

- 1.9. Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode: Gefragt wurde nach Zyanose, Apnoe, schwerem Ikterus, vorübergehender Reaktionslosigkeit und bedrohlichen Infektionen.
- 1.12. Körperliche Retardierung: Zurückbleiben der Längen- und/oder Gewichtszunahme hinter dem Durchschnitt der Gleichaltrigen.
- 1.13. Psychomot. Entwicklung: In Anlehnung an den DENVER-Test wurde eine Verzögerung angenommen, wenn das Sitzen erst nach dem 7. Monat, das Stehen nach dem 13. Monat und/oder das Laufen nach dem 14. Monat erfolgte (114).
- 1.14. Sprachentwicklung: Als Störung wurde die Verwendung von Wörtern wie Mama oder Papa in spezieller Bedeutung erst nach dem 13. Monat und/oder die Anwendung von Zwei-Wort-Kombinationen erst nach dem 24. Monat angesehen (114). Hinzugerechnet wurden auch Störungen wie Stimmeln, Stottern und Poltern.
- 1.15. Auffälligkeiten des Spielverhaltens: Dazu wurde gerechnet: Spielt nur allein, spielt nie allein, spielt nur mit Älteren oder Jüngeren, spielt nie oder sehr selten.
- 1.16. Blasen- und Darmkontrolle: Kontrolle der Defäkation noch im 1. Lebensjahr wurde als früh bezeichnet, nach dem 2. Lebensjahr als spät; Kontrolle der Miktion vor dem 18. Monat wurde als früh angesehen, nach dem 3. Lebensjahr als spät.
- 1.17. Enuresis permanens: Nach dem 4. Lebensjahr noch immer keine ausreichende Kontrolle der Miktion (nach 364).

Item-
Nr.

- 1.18. Enuresis acquisita: Nach längerer Zeit mit Miktionskontrolle kommt es wieder zu häufigem Einnässen.
- 1.19. Encopresis permanens: Nach dem 3. Lebensjahr noch immer keine Kontrolle der Defäkation (nach 364).
- 1.20. Encopresis acquisita: Nach einer längeren Zeit mit Kontrolle der Defäkation kommt es wieder zum Einkoten.
- 1.21. Kindl. Verhaltensauffälligkeiten: Darunter wurden sogenannte 'Kinderfehler' subsummiert: Exzessives Daumenlutschen, Nägelbeißen, Haarausreißen, Jactationen, Tics, psychogenes Erbrechen und kindliche Masturbation.
- 1.24. Auffällige Infektanfälligkeit: Nach Angaben der Eltern im Vergleich zu Gleichaltrigen der unmittelbaren Umgebung.
- 1.31. Funktionelle Störungen: Kopf-, Herz- und Bauchschmerzen, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und/oder vermehrtes Schwitzen jeweils ohne erkennbare organische Ursache.
- 1.32. Psychosomatische Erkrankungen: Erkrankungen mit psychischer Komponente in der Ätiologie: Asthma bronchiale, Ulcus ventriculi/duodeni und Colitis ulcerosa.
- 1.39. Sucht: Hier im Sinne der WHO-Definition 'drug ad-
1.40. diction'.
- 1.45. Deprivation: Deprivation wird dann angenommen, wenn eines oder mehrere der Items 1.48. bis 1.60. zutreffen.

Item-
Nr.

- 1.61. Einschulung: Von früher Einschulung wird gesprochen, wenn das Kind auf Veranlassung der Eltern früher als altersgleiche Kinder eingeschult wurde; von später Einschulung, wenn das Kind auf Grund der Einschulungsuntersuchung oder Wunsch der Eltern zurückgestellt wurde.
- 2.3. Perzentilenangaben: Bestimmt nach den Perzentilen-
- 2.4. kurven von Van WIERING in (145).
- 2.5. Pubertätsentwicklung: Die Einschätzung des erstuntersuchenden Arztes wurde übernommen. Eine echte Pubertas praecox (Reifungszeichen bei Mädchen vor dem 9. Lebensjahr und bei Jungen vor dem 11. Lj.) oder Pubertas tarda (keine Reifungszeichen bei Mädchen nach dem vollendeten 14. Lj. und bei den Jungen nach dem vollendeten 16. Lj.) lag bei keinem Patienten vor.
- 2.7. Äußeres: Subjektive Einschätzung durch den erstuntersuchenden Arzt.
- 2.26. Bewußtseinszustand: Einteilung entsprechend M. MUMENTHALER (252, S. 11.).
- 2.27. Intoxikationsgrad: Einteilung nach F. ROSENMAYER u. G. BACHL (306): A=Vergiftungsverdacht; besteht bei beobachteter oder vermuteter Aufnahme einer nicht sicher atoxischen Substanz. Klinisch dabei keine Auffälligkeiten.
B=Leichte Vergiftung; mit Müdigkeit und leichtem körperlichem Unwohlsein bei normalem Reflexstatus.
C=Mittelschwere Vergiftung; mit Benommenheit und/oder Erregtheit, Erbrechen und/oder Durchfall, abgeschwächten oder gesteigerten Reflexen und u.U. mit Cyanose.

Item-
Nr.

2.27.D=Schwere Vergiftung; mit Koma und/oder Krämpfen, mehrfachem Erbrechen und/oder profusen Durchfällen, fehlenden oder stark gesteigerten Reflexen und u.U.Exsiccose und/oder Hyperpyrexie. Wenn nicht alle Symptome komplett vorhanden waren, oder die Symptome widersprüchlich waren, wurde die Einteilung nur nach dem Bewußtseinszustand und dem Reflexstatus vorgenommen.

2.33.Laborwerte: Normwerte nach der Normalwerttabelle
2.34. der Univ.-Kinderklinik Mainz Stand Jan.1972 bzw.
2.45. nach F.C. SITZMANN (341).

3.1.*Gesamtintelligenz: Erhebungsmethoden: Staffelfverfahren (Binet-Typ); WECHSLER-Verfahren (HAWIVA); Matritzentest nach RAVEN; MZT (GOODENOUGH); (ebenso bei 3.2.-3.5.). "Intelligenz ist (dabei) durch das jeweils angewendete Verfahren operational definiert."

3.2. Intelligenzprofilschwankungen: Überzufällige Unterschiede in den einzelnen Teilbereichen (etwa 3.3.u.3.4.) der Intelligenztests.

* Bei den psychischen Items wurden z.T.wörtlich, z.T. verkürzt Definitionen aus der Arbeit von M.WOLFF (413) übernommen. Auch in Hinblick auf die dabei zugrunde gelegte Literatur sei auf seine Arbeit verwiesen.

Item-
Nr.

3.3. Verbale (theoret.) Intelligenz: "Ein "verbal-factor" wird als Prädiktor für die 'Basis'-Intelligenz und/oder für die zusammenfassend so zu bezeichnende theoretische Intelligenz angesehen" und ist in den meisten angewandten Testverfahren bestimmbar.

3.4. Handlungs-(prakt.) Intelligenz: Psycho-, visuo- und (4004) feinmotorische Fähigkeiten, deren Störung als ein erster Hinweis für minimale cerebrale Dysfunktionen angesehen werden kann (s.a.3.8.).

3.5. Intelligenzkapazität: Potentielle Fähigkeit zu intelligentem Verhalten im Unterschied zu den z.B. (4005) durch Teilfunktionsstörungen beeinträchtigten Fertigkeiten.

3.6. Kurzzeitige Leistungsfähigkeit: Fähigkeit zu kurz- (4012) dauernder Anspannung und zur Koordination verschiedener geistiger Fähigkeiten. Erhebungsmethode: Untertests aus dem WECHSLER-Verfahren; Aufmerksamkeitsbelastungstest (d_2 nach BRICKENKAMP); PAULI-Test; Konzentrationsleistungstest (K L T nach DÜKER, LIENERT) (gleiche Verfahren bei 3.7.).

3.7. Dauerbelastungsfähigkeit: Analog zu 3.6. über eine (4013) längere Zeit.

3.8. Cerebrale Funktionen: In dieser 'cerebralen Psycho- (4007) diagnostik' wird u.a. die Hirnfunktion über grapho- (4008) motorische Leistungen 'gemessen'. Daraus werden Hinweise auf diskrete, cerebrale Störungen abgeleitet (4009) (s.a.3.4.).

Item-
Nr.

3.9. Motivation: "....Tendenz...Aufgaben mit Energie
(4017) und Ausdauer....i.S.eines individuellen Gütemaß-
stabes...." zu bearbeiten (FRÖHLICH zitiert nach
M.WOLFF (413)). Erhebungsmethode: Z.B. TAT, Szeno-
Test und CAT; außerdem Einschätzung durch inter-
subjektiven Konsens durch mindestens zwei Beurtei-
ler nach Anamnese, Exploration und Verhaltensana-
lyse.

3.12. Realitätsbezogenheit des Leistungsmotivs: Es be-
(4020) steht ein Leistungsmotiv, das sich an objektiv
realen oder irrealen Zielsetzungen orientiert. Er-
hebungsmethode: Wie in 3.9. und in 3.14..

3.13. Anschlußmotiv: "Tendenz, sich an andere anzuschlies-
(4026) sen, von ihrer (subjektiv antizipierten) emotionalen
Rückmeldung abhängig zu sein". Erhebungsmethode: Wie
in 3.9. und in 3.14..

3.14. Neurotizismus: "Ausgehend von EYSENCK's Klassifika-
tionssystem der Persönlichkeit wird diese Dimension
durch die Beobachtung der Manifestation folgender
'neurotischer' Symptome bestimmt: Insuffizienzge-
fühle, soziale Empfindlichkeit, Stimmungsschwankun-
gen, Tagträume, 'innere Unruhe', Einschlafstörun-
gen, hypochondrische Tendenzen usw.." Erhebungsmethode: Persönlichkeitsinventare z.B. HANES, KJ, FPI
und projektive Verfahren wie Szeno-Test, FRT, TAT,
CAT; außerdem wie bei fast allen psychischen Items
intersubjektiver Konsens von mindestens zwei Beur-
teilern nach Anamnese, Exploration und Verhaltens-
analyse.

Item-
Nr.

- 3.15.Extraversion: "Nach EYSENCK ist die Persönlich-
(4025) keitsdimension Extraversion mit einem Gesellig-
keitsfaktor (Freude an Gesellschaft, Bedürfnis und
Fähigkeit zu eher positiven Kontakten zu anderen
Menschen) und einem Aktivitätsfaktor (Lebhaftig-
keit, Erlebnisdrang, Unternehmungslust, Unbe-
schwertheit) näher zu erläutern". Erhebungsmetho-
de: Wie in 3.14..
- 3.19.Soziabilität: "Tendenz, sich i.S. (äußerer) sozia-
(4024) ler Normen zu verhalten". Erhebungsmethode: Wie in
3.9. und 3.14..
- 3.20.Normativität: "Tendenz, sich i.S. (innerer) ethi-
(4030) scher, gewissensspezifischer und/oder gemüthafter
Normen zu verhalten". Erhebungsmethode: Wie in
3.9. und 3.14..
- 3.29.Labilität: "Tendenz, bei Anforderungen, Belastungen,
(4044) Kritik rasch 'aufzugeben', zu resignieren und/oder
zu dekompensieren bzw. situationsunangemessen 'nie-
dergestimmt' zu reagieren". Erhebungsmethode: Wie
in 3.14..
- 3.30.Offene Aggression: "Tendenz, eigene Bedürfnisse
(4055) (durchaus auch unangemessen) expansiv durchzuset-
zen". Erhebungsmethode: Wie in 3.9. und 3.14..
- 3.31.Latente Aggressivität: "Während bei 3.30. ein of-
(4056) fenes, tatsächliches Verhalten gekennzeichnet
wird, meint Aggressivität die relativ überdauernde,
latente Einstellung". Zwischen beiden Merkma-
len besteht keine lineare Beziehung. Erhebungsmetho-
de: Wie in 3.9. und 3.14..

Item-
Nr.

- 3.33.Aggressionsverschiebung: Tendenz, Aggressionen an anderen Objekten abzureagieren als den eigentlich die Aggression auslösenden Objekten, oder Aggression in andere Verhaltensbereiche (z.B. Zwänge) zu verschieben. Erhebungsmethode: Wie in 3.9. und 3.14..
- 3.43.Offene Angst: Analog 3.30..
- 3.44.Latente Angst: Analog 3.31..
- 3.46.Angstverschiebung: Analog 3.33..
- 3.53.Anankastische Tendenzen: "Tendenz zu ritualisier-
(4065)ten, zwanghaft sich wiederholenden Handlungsabläufen und/oder Gedanken, die wenig situationsrelevant erscheinen". Erhebungsmethode: Wie in 3.9. und 3.14..
- 3.55.Hysterische Tendenzen: Tendenz zu Übertreibungen und zum theatralisch Demonstrativem im Verhalten. Es besteht ein enger Zusammenhang mit Suggestibilität (3.59.), Subjektzentriertheit (3.57.) und Geltungssucht (3.60.). Erhebungsmethode: Wie in 3.9. und 3.14..
- 3.56.Phobische Tendenzen: "Tendenz zu unvernünftiger, sich entgegen besserer Einsicht zwanghaft aufdrängender Angst vor bestimmten Gegenständen oder Situationen" (U.H. PETERS (284), S.386). Auf die enge Beziehung zur Angstverschiebung (3.46.) sei hingewiesen. Erhebungsmethode: Wie in 3.9.u.3.14..

Item-
Nr.

- 3.57.Subjektzentriertheit: "Tendenz des Subjekts....,
(4045) Ereignisse und Verhaltensweisen, sowie Signale aus der Umwelt auf sich selbst zu beziehen, sich 'gemeint' zu fühlen". Erhebungsmethode: Wie in 3.9. und 3.14..
- 3.58.Egoismus: "Siehe Subjektzentriertheit. Ein 'bewer-
(4049) tender, urteilender' Aspekt geht hierbei dadurch ein, als hier zusätzlich überprüft wird, inwieweit der Patient die Beschäftigung mit seiner Person.... i.S. einer überzogenen Forderung für besonders notwendig erachtet, für sich verlangt, 'Mängel' beklagt, oder auch deswegen in 'Opposition tritt'". Erhebungsmethode: Wie in 3.9. und 3.14..
- 3.59.Suggestibilität: "Tendenz, die Meinungen, Einstel-
(4042) lungen, 'Urteile'" von Autoritätspersonen "relativ unkritisch und/oder auch selektiv umgedeutet zu übernehmen. Dabei ist diese Tendenz (oft) bei 'subjektzentrierten' bzw. 'egoistischen' Individuen stärker zu beobachten". Erhebungsmethode: Wie in 3.9. und 3.14..
- 3.60.Geltungssucht: "Tendenz, (übermäßig) nach Anerkennung, Lob, 'Geschätztsein' usw. zu streben und von diesem sozialen Status und Bezug abhängig zu sein. Auf die Kovarianz zum 'Anschlußmotiv' sei hier hingewiesen". Erhebungsmethode: Wie in 3.9. u. 3.14..
- 3.61.Eifersucht: "Während Geltungssucht mehr das aktive Bemühen um eine 'Position im Mittelpunkt des Interesses' einer Person oder Personengruppe kennzeichnet, meint Eifersucht mehr das emotionale 'Gekränktsein' und den mehr theoretischen Wunsch nach einer solchen

Item-
Nr.

Position. D.h.: Während Geltungssucht mehr die Verhaltensweise kennzeichnet, meint Eifersucht mehr die Motivation zu dieser Verhaltensweise".
Erhebungsmethode: Wie 3.9. und 3.14..

- 3.63. Sexuelle Auffälligkeiten: Gemeint sind sexuelle Verhaltensweisen oder sexuelle Einstellungen, die von der 'allgemeinen gesellschaftlichen Norm' bzw. der Normvorstellung der entsprechenden erzieherischen Autoritäten abweichen. Damit ist also nicht unbedingt ein Urteil über einen etwaigen pathologischen oder 'unmoralischen' Charakter der Auffälligkeit verbunden. Erhebungsmethode: Wie in 3.9. und 3.14..
- 4.1. Schichtzugehörigkeit: Es wurde das Schichtenmodell von KLEINING und MOORE verwendet. Die Zuordnung der Patienten zu den einzelnen sozialen Schichten erfolgte dabei ausschließlich über den Beruf des Hauptverdieners der (Teil-)Familie (Details s.176).
- 4.8. Sozialer Aufstieg/Abstieg: Veränderungen in der Schichtzugehörigkeit (s.4.1.) der Familie.
- 4.10. Öffentliche Jugendhilfe: Hierzu gehören Pflegeaufsicht, Amtspflegschaft, Amtsvormundschaft, Erziehungsbeistandschaft, Beistandschaft der Jugendämter, Freiwillige Erziehungshilfe und Fürsorgeerziehung.
- 4.13. Familie vollständig: Jede Familie, die zumindest aus Vater und Mutter (gleichgültig ob biologisch oder sozial) und dem Patienten besteht.

Item-
Nr.

- 4.23.Wohnverhältnisse: Durch intersubjektiven Konsens von mindestens zwei Beurteilern auf Grund der Items 4.14., 4.17., 4.21. und 4.24. eingeschätzt.
- 4.27.Schlüsselkind: Die Eltern sind regelmäßig mehr als 3 Stunden außerhalb der Schulzeit von zu Hause abwesend, ohne daß eine entsprechende Aufsichtsperson vorhanden ist.
- 4.29.Dominanz in der Familie: Als dominant wird diejenige Person angesehen, die das 'letzte Wort' hat und bei intrafamiliär als wichtig eingeschätzten Entscheidungen bestimmend ist. Erhebungsmethode: Intersubjektiver Konsens von mindestens zwei Beurteilern auf Grund von Anamnese, Exploration und Verhaltensanalyse.
- 4.31.Erziehungsstil: Als ausgeglichen-fürsorglich wurde ein Erziehungsstil bezeichnet, der Führung, emotionale Zuwendung und Gewährenlassen in ausgeglichenem Verhältnis relativ konstant verbindet. Während bei den anderen Erziehungsstilen eine Komponente überwiegt bzw. keine einheitliche Erziehungshaltung erkennbar ist. Erhebungsmethode: Wie in 4.29..
- 4.35.Position in der Gruppe: Zugrunde gelegt wurde das
4.36. gruppendynamische Modell von R. SCHINDLER; dabei ist der alpha-Typ dominant, der beta-Typ beliebt, der gamma-Typ konformer Mitläufer und der delta-Typ negativer Außenseiter (Details s.320). Erhebungsmethode: Wie in 4.29..
- 4.37.Freizeitgestaltung: Unter aktiv-fester strukturiert wurde eine regelmäßige und häufige Freizeitgestaltung im Rahmen von Vereinen, Verbänden oder

Item-
Nr.

organisatorisch fester strukturierten Gruppen oder im Zusammenhang mit einem konstanten Hobby verstanden. Wenn die Freizeitgestaltung zwar durch Aktivität, Initiative und zielgerichtetes Interesse gekennzeichnet war, aber weitgehend spontan ablief und entsprechend rasch wechselnde Schwerpunkte zeigte, wurde von spontan-zielgerichtet gesprochen. Das weitgehende Fehlen von konkreten Interessen bei Überwiegendem Sich-Treibenlassen wurde als passiv-ziellos bezeichnet (z.B. 'Eckenstehen von Halbwüchsigen'). Erhebungsmethode: wie in 4.29..

4.39.Delinquentes Verhalten: Verhalten, das zur Inter-

4.40.vention eines Jugendgerichts bzw. bei unter 14

4.41.5.10.Jährigen des Jugendamtes und der Polizei geführt hat oder bei Entdeckung dazu geführt hätte.

5.18.Körperliche Erkrankungen: Nur objektiv und/oder subjektiv schwerwiegende Erkrankungen.

5.30.Motive: Hier sind nicht die hintergründigen, oft

-5.38.unbewußten Ursachen gemeint, die zum SV disponieren, sondern nur die aktuellen und bewußten oder zumindest bewußtseinsnahen 'Gründe' für die Tat, von denen meistens mehrere vorhanden waren, und die in der Exploration rasch sichtbar wurden.

5.40.Intentionen des SV: Unter situationaler Entlastung

-5.43.wurde der Wunsch nach dem Verlassen des Konfliktfeldes verstanden, oder allgemein der Wunsch nach Ruhe und Entspannung ('Abschalten') (s.d.a.104,218). Die Problematik der Einstellung von Kindern und Jugendlichen zum Tod beim SV ist in Kapitel 1.5.1. ausführlich behandelt, und entsprechend ist bei

Item-
Nr.

Item 5.43. der Begriff 'Tod' zu interpretieren.
Ebenso wie bei den Motiven wurde von der Möglich-
keit ausgegangen, daß mehrere u.U. sich wider-
sprechende Intentionen mit dem SV verfolgt wurden.
Erhebungsmethode: Exploration und intersubjektivi-
ver Konsens von mindestens zwei Beurteilern.

7. LITERATURVERZEICHNIS

- 1 ACHE K.A.:Selbstmorde in Helsinki während der Jahre 1959-1965 und die Möglichkeiten zur Selbstmordverhütung. Z. Präventivmed. 15 ,81-86 (1970)
- 2 ACKERLY W.C.:Latency-age children who threaten or attempt to kill themselves. J.Amer.Acad.Child Psychiat. 6 ,242-261 (1967)
- 3 ADAM K.S.,J.G.Lohrenz,D.Harper:Suicidal ideation and parental loss. Can.Psychiat.Assoc.J. 18 ,95-100 (1973)
- 4 ADLER A.(Hrsg.):Über den Selbstmord,insbesondere den Schüler selbstmord.Diskussionen des Wiener Psychoanalytischen Vereins. J.F.Bergmann Verlag Wiesbaden 1910 - Neudruck Amsterdam 1965
- 5 ADLER A.:Über den Selbstmord,insbesondere im kindlichen Alter. In:A.Adler et al.(Hrsg.):Heilen und Bilden. Reinhardt Verlag München 1913
- 6 ALLEN N.H.:Suicide in California. In:N.Speyer et al.(Hrsg.):Proceedings 7th international conference for suicide prevention. Swets & Zeitlinger B.V. Amsterdam 1974 S.202-217
- 7 AMERY J.:Hand an sich legen.Diskurs über den Freitod. E. Klett Verlag Stuttgart 1976
- 8 AMIR M.:Suicide among minors in Israel. Isr.Annals Psychiat. Vol.II ,219-269 (1973)
- 9 ANNELL A.L.(Hrsg.):Depressive states in childhood and adolescence. Almqvist & Wiksell Stockholm 1972
- 10 ARLABOSSE R. et al.:Le suicide de l'enfant et de l'adolescent. Gaz.Méd.Fran. 79 ,4831-4836 (1976)
- 11 ASBERG M. et al.:5-HIAA in the cerebrospinal fluid. Arch. Gen.Psychiat. 33 ,1193-1197 (1976)
- 12 BAADER J.:Bedeutende psychische und soziale Ursachen des Selbstmordes bei Kindern und Jugendlichen. Mschr.Kinderheilk. 103 ,55-56 (1955)
- 13 BAER A.:Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter. G.Thieme Verlag Leipzig 1901
- 14 BAGLEY C. et al.:Social structure and the ecological distribution of mental illness,suicide and delinquency. Psychol.Med. 3 ,177-187 (1973)
- 15 BAILLARGEON M.:Éléments de réflexion pour une problématique du suicide au cours de l'adolescence. Cah.Pedopsychiat. 10 ,10-38 (1978)

- 16 BAKWIN H.:Suicide in children. J.of Pediat. 50 ,749-769 (1957)
- 17 BAKWIN R.M.:Suicide in children and adolescence. J.Amer. Med.Women's Assoc. 28 ,643-659 (1973)
- 18 BALSER B.,J.Masterson:Suicide in adolescents. Amer.J.Psychiat. 116 ,400-404 (1960)
- 19 BARRACLOUGH B.M.:Are the scottish and english suicide rates really different? Brit.J.Psychiat. 120 ,267-274 (1972)
- 20 BARTER J.T.,D.O.Swaback,D.Todd:Adolescent suicide attempts. A follow-up study of hospitalized patients. Arch.Gen. Psychiat. 19 ,523-527 (1968)
- 21 BENDER L.,P.Schilder:Suicidal preoccupation and attempts in children. Amer.J.Orthopsychiat. 7 ,410-422 (1937)
- 22 BENNHOLDT-THOMSEN C.:Sterben und Tod des Kindes. Dtsch. Med.Wschr. 84 ,1437-1442 (1959)
- 23 BERGSTRAND C.G.,U.Otto:Suicidal attempts in adolescence and childhood. Acta Paediat.Scand. 51 ,17-26 (1962)
- 24 BERNER P.,G.Sonneck:Psychotische Suizidhandlungen. Münch. Med.Wschr. 117 ,193-195 (1975)
- 25 BESKOW J. et al.:Determination of monoamine and monoamine metabolites in the human brain:Post mortem studies in a group of suicides and in a control group. Acta Psychiat.Scand. 53 ,7-20 (1976)
- 26 BIBB R.C.,S.B.Guze:Hysteria (Briquet's syndrome) in a psychiatric hospital:The significance of secondary depression. Amer.J.Psychiat. 129 ,224-228 (1972)
- 27 BIENER K.: In:Schulstreich allein weckt keine Selbstmordgedanken.(Diskussion). Ärztl.Praxis 28 ,2019-2021 (1976)
- 28 BIENER K.,A.Bückert:Selbstmordprobleme im Urteil von Jugendlichen und Erziehern. Nervenarzt 44 ,75-79 (1973)
- 29 BIENER K.,C.Burger:Selbstmordversuche und Abschiedsbriefe Jugendlicher. Nervenarzt 47 ,179-185 (1976)
- 30 BIRCHNELL J.:The relationship between attempted suicide, depression and parent death. Brit.J.Psychiat. 116 ,307-313 (1970)
- 31 BLAKE D.R.,M.G.Brømbø,J.G.Evans:Is there excessive use of gastric lavage with treatment of self-poisoning? Lancet Vol.II 1362 zitiert nach Dtsch.Med.Wschr. 104 ,757 (1979) (Praxis-Forum)
- 32 BLEULER M.:Forschungen und Begriffswandlungen in der Schizophrenielehre 1941-1950. Fortschr.Neurol.Psychiat. 19 ,385-452 (1951)

- 33 BÖCKER F.:Über Veränderungen der Selbstmordkurven in verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Nervenarzt 43 ,574-577 (1972)
- 34 BÖCKER F.:Suizide und Suizidversuche in der Großstädt. G. Thieme Verlag Stuttgart 1973
- 35 BÖCKER F.: In:Schulstreß allein weckt keine Selbstmordgedanken.(Diskussion). Ärztl.Praxis 28 ,2019-2021 (1976)
- 36 BÖHME K. et al.:Selbstmordversuche in Lübeck 1947 - 1968 - Daten und Tendenzen -. Fortschr.Neurol.Psychiat. 44 , 559-569 (1976)
- 37 BÖHME K.,M.Dittbrenner:Mittel und Methoden bei Selbstmordversuchen. Nervenarzt 47 ,201-208 (1976)
- 38 BOISEMENT B.D.:Du suicide. Paris 1856 zitiert nach H.W. Gruhle (135)
- 39 BOJANOVSKY J.:Die Rolle des Selbstwertes bei der suizidalen Handlung und ihre therapeutischen Konsequenzen. Fortschr. Med. 92 ,783-786 (1974)
- 40 BOLLEA G.,R.Mayer:Psychopathology of suicide in the formative years. Acta Paedopsychiat. 35 ,336-344 (1968)
- 41 BOSTOCK T.,C.L.Williams:Attempted suicide as an operant behaviour. Arch.Gen.Psychiat. 31 ,482 (1974)
- 42 BOWLBY J.:Mutterliebe und kindliche Entwicklung (1953). Deutsche Übersetzung:Reinhardt Verlag Basel-München 1975
- 43 BRAUN C.:Selbstmord,Soziologie-Sozialpsychologie-Psychologie. München 1971
- 44 BREED W.:Occupational mobility and suicide among white males. Amer.Sociol.Rev. 28 ,179-188 (1963)
- 45 BRITISH MEDICAL JOURNAL: Editorial:Suicide in children. Brit.Med.J. No5958 Vol.I ,592 (1975)
- 46 BROCHER T.:Psychoanalytische Aspekte der Depression. Wege zum Menschen 18 ,267-283 (1966)
- 47 BRON B.:Suizidversuche bei jungen Menschen. Fortschr.Neurol. Psychiat. 44 ,435-446 (1976)
- 48 BRON B.:Suizidale Entwicklungen bei jungen Menschen in der heutigen Zeit. Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 27 , 15-21 (1978)
- 49 BROWN F.:Depression and childhood bereavement. J.Ment.Sci. 107 ,754-777 (1961)
- 50 BRUHN J.G.:Broken home among attempted suicides and psychiatric out-patients. J.Ment.Sci. 108 ,772-779 (1962)

- 51 BRUN R.:Über Freuds Hypothese vom Todestrieb. *Psyche* 7 , 81-111 (1953)
- 52 BUCHSBAUM M.S.,R.J.Haier,D.L.Murphy:Suicide attempts,platelet monoamine oxidase and the average evoked response. *Acta Psychiat.Scand.* 56 ,69-79 (1977)
- 53 BUNCH J. et al.:Early parental bereavement and suicide. *Soc.Psychiat.* 6 ,193-199 (1971)
- 54 BUNCH J. et al.:Suicide following bereavement of parents. *Soc.Psychiat.* 6 ,200-202 (1971)
- 55 BUNDESAMT STATISTISCHES (Hrsg.):Das Gesundheitswesen der BRD im internationalen Vergleich. W.Kohlhammer Verlag Mainz 1970
- 56 BUNDESAMT STATISTISCHES (Hrsg.):Fachserie A ,Reihe 1 Bevölkerung und Kultur II.Alter und Familienstand der Bevölkerung 1973. W.Kohlhammer Verlag Mainz-Stuttgart 1973
- 57 BUNDESAMT STATISTISCHES (Hrsg.):Statistisches Jahrbuch 1978 für die BRD. W.Kohlhammer Verlag Mainz-Stuttgart 1978 und die vorangehenden Jahrgänge von 1950 bis 1977
- 58 BUNNEY W.F.,J.A.Fewcett:Possibility of a biochemical test for suicidal potential. *Arch.Gen.Psychiat.* 13 ,232-239 (1965)
- 59 BUNNEY W.F. et al.:Further evaluation of urinary 17-Hydroxy-corticosteroids in suicidal patients. *Arch.Gen.Psychiat.* 21 ,138-150 (1969)
- 60 BURROWES H.P.:Self-poisoning in adolescents. *Brit.J.Psychiat.* 124 ,506-507 (1974)
- 61 CASEY P.:Minimal brain dysfunction in suicidal adolescents. *J.of Pediat.* 91 ,1029 (1977)
- 62 CASPER J.L.: In:Beiträge zur medizinischen Statistik und Staatsarzneykunde 1 Berlin 1828 zitiert nach Dieudonné (75)
- 63 CAZULLO C.L. et al.:Some remarks on the attempted suicide in the period of adolescence. *Acta Paedopsychiat.* 35 , 373-375 (1968)
- 64 CAZULLO C.L. et al.:Epidemiologic and ecologic researches on attempted suicide in young subjects. *Minerva Psychiat.Psicol.* 15 ,113-120 (1974) zitiert nach Exc.Med. Sect 8B 31 ,324 (1975)
- 65 CERNY L.:Analysen von Selbstmordversuchen Jugendlicher in der CSSR. *Wissensch.Z.d.Univ.Rostock,Math.-Nat.* Reihe, 17 ,657-659 (1968)
- 66 CERNY L.:Les suicides des enfants et des jeunes en Tchécoslovaquie. *Acta Paedopsychiat.* 35 ,380-388 (1968)

- 57 CHILAND C.:Les parents devant le suicide et la menace de suicide du jeune enfant. Acta Pædopsychiat. 44 ,163-167 (1979)
- 68 CLAUDIUS M.:Sämtliche Werke des Wandsbecker Boten. Bd.I S.46 Verlag Friedrich Andreas Perthes Gotha 1902
- 69 CONNELL H.:Attempted suicide in schoolchildren. Med.J.Aust. Vol.I No14 ,686-690 (1972)
- 70 CORDER B.F. et al.:A study of social and psychological characteristics of adolescent suicide attempters in an urban disadvantaged area. Adolescence 9 ,1-6 (1974)
- 71 CRONHOLM B. et al.:Suicidal behaviour syndrome with low CSF 5-HIAA. Brit.Med.J. Vol.I ,776-780 (1977)
- 72 CROOK T.,A.Raskin:Association of childhood parental loss with attempted suicide and depression. J.Consult.Clin. Psychol. 43 ,277-281 (1975)
- 73 DANIEL W.A.:Suicide in adolescence. Acta Pædiat.Scand. Suppl. 256 ,36 (1975)
- 74 DANNEEL R.:Jahreszeitlich bedingte Schwankungen der Selbstmordhäufigkeit bei jungen und alten Menschen. Arch. Psychiat.Nervenk. 221 ,11-13 (1975)
- 75 DIEUDONNÉ M.:Schülerselbstmorde. Med.Welt 3 ,1233-1234 (1929)
- 76 DOMEENEY C.R.:Suicide and depression in children. J.of School-health 44 ,487-489 (1974)
- 77 DORPAT T.L.,J.K.Jackson,H.S.Ripley:Broken home and attempted and completed suicide. Arch.Gen.Psychiat. 12 ,213-216 (1965)
- 78 DUBITSCHER F.:Der Suizid. G.Thieme Verlag Stuttgart 1957
- 79 DUBLIN L.J.:Suicide:A sociological and statistical study. Ronald Press New York 1963 zitiert nach E.Stengel (353)
- 80 DUCHÉ D.J.:Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. Acta Pædopsychiat. 35 ,345-373 (1968)
- 81 DUCHÉ D.J.:Suicides et tentatives de suicide de l'enfant. Acta Pædopsychiat. 43 ,209-211 (1978)
- 82 DÜHRSEN A.:Zum Problem des Selbstmordes bei jungen Mädchen. Beiheft zur Praxis der Kinderpsychol.Kinderpsychiat. Nr.9 (1967)
- 83 DUGAS M.,H.Thanassacos:Les suicides de déterminisme héréditaire. Vie Méd. 48 ,31-33 (1967)
- 84 DUNCAN J.W.:The immediate management of suicide attempts in children and adolescents:Psychologic aspects. J. Family Pract. 4 ,77-80 (1977)

- 85 DUNTON H.D.:The child's concept of death. In:B.Schoenberg (Hrsg.):Loss and grief:Psychological management in medical practice. New York 1970 S.354-361
- 86 DURKHEIM E.:Der Selbstmord (1897). Deutsche Übersetzung: Luchterhand Verlag Neuwied 1973
- 87 EGGERS C.:Todesgedanken,Suicide und Suicidversuche im Verlauf kindlicher Schizophrenien. Nervenarzt 45 ,36-42 (1974)
- 88 EINSIEDEL E.:Ein Erklärungsmodell psychischer Einflußgrößen beim Asthma bronchiale im Kindesalter. Z.Atemwegs- und Lungenkrankheiten 2 ,77-80 (1976)
- 89 EINSIEDEL E.:Eine Systematisierung psychischer Einflußgrößen in der pädiatrischen Intensivmedizin. In:P. Emmrich (Hrsg.):Pädiatrische Intensivmedizin. G. Thieme Verlag Stuttgart 1977 S.284-287
- 90 EINSIEDEL E.:Nondirektive Nachsorge:Ein Modell zur Verhaltensmodifikation psychosomatisch erkrankter Kinder. Mschr.Kinderheilk. 125 ,414-416 (1977)
- 91 EINSIEDEL E.:Zum Stellenwert psychosozialer Merkmale bei ambulanten Operationen von Kindern. In:Ambulante Operationen im Kindesalter. Friedrichsdorf/Taunus 1979
- 92 EINSIEDEL E.:Systematische Erfassung psychosozialer Merkmale bei Langzeitüberlebenden nach bösartigen Neubildungen im Kindesalter. Phil.Diss. Mainz 1980 im Druck
- 93 ELLENBERGER H.:Der Selbstmord im Lichte der Ethnopsychiatrie. Mschr.Psychiat.Neurol. 125 ,347-461 (1953)
- 94 EMMINGHAUS H.:Die psychischen Störungen des Kindesalters. In:C.Gerhardt (Hrsg.):Handbuch der Kinderkrankheiten. Nachtrag II. Tübingen 1887 S.155-167
- 95 ERIKSON E.H.:Kindheit und Gesellschaft (1950). Deutsche Übersetzung:Klett Verlag Stuttgart 1965
- 96 FACY F.,M.Choquet,Y.Lechevallier:Recherche d'une typologie des adolescents suicidants. Soc.Psychiat. 14 ,75-84 (1979)
- 97 FARBEROW N.L.:Ten years of suicide prevention - past and future. Bull.Suicidol. No 6 ,6-11 (1970)
- 98 FARBEROW N.L.,E.S.Shneidman (Hrsg.):The cry for help. McGraw Hill New York 1961
- 99 FARBEROW N.L. et al.:Suicide:Who's counting? Public Health Rep. 92 ,223-232 (1977)

- 100 FAVAREL-GARRIQUES B.:L'enfant et la mort. Bordeaux Méd. 8 ,2357-2363 (1975)
- 101 FAWCETT J.,M.Leff,W.E.Bunney:Suicide:Clues from interpersonal communication. Arch.Gen.Psychiat. 21 ,129 (1969)
zitiert nach C.L.Williams (410)
- 102 FEDERN P.:Die Diskussion über den Selbstmord,insbesondere den Schülerelbstmord,im Wiener Psychoanalytischen Verein im Jahre 1918. Z.Psychoanalyt.Pädag. 3 ,334-339 (1929)
- 103 FEIFEL H.L.:The meaning of death. Harcoust,Brace & World Inc. New York 1965
- 104 FEUERLEIN W.:Selbstmordversuch oder parasuizidale Handlung. Nervenarzt 42 ,127-130 (1971)
- 105 FEUERLEIN W.:Sucht und Suizidhandlungen. Münch.Med.Wschr. 117 ,197-200 (1975)
- 106 FEUERLEIN W.:Sucht und Selbstmordhandlung. In:E.Ringel (Hrsg.):Sucht und Suizid. Lambertus Verlag Freiburg 1976
- 107 FICKER F.:Abschiedsbriefe bei suizidalen Handlungen in Kindheit und Pubertät. Confinia psychiat. 18 ,112-124 (1975)
- 108 FICKER F.:Zum Stellenwert der broken-home Situation im Entwicklungsgefüge suizidalhandelnder junger Menschen. Z.ärztl.Fortbildung 70 ,960-964 (1976)
- 109 FICKER F.:Junge Suizidpatienten und das emotionale Klima in der Familie. Psychiat.Neurol.med.Psychol. 29 ,39-45 (1977)
- 110 FICKER F.:Suizidales Verhalten im Kindesalter. Z.ärztl. Fortbildung 71 ,668-672 (1977)
- 111 FICKER F.:Die Entwicklung zum suizidalen Handeln in Kindheit und Pubertät unter therapeutisch-prophylaktischem Aspekt. Acta Paedopsychiat. 44 ,301-310 (1979)
- 112 FINK E.B.,W.T.Carpenter:Further examination of a biochemical test for suicide potential. Dis.Nerv.Syst. 37 ,341-343 (1976)
- 113 FÖRSTER E.:Kinderselbstmord. Jahrb.für Kinderpsychiat. 1956 S.69-77
- 114 FRANKENBURG W.K.,J.B.Dodds:Denver developmental screening test. Ort? 1967
- 115 FRANKL V.:Selbstmordprophylaxe und Jugendberatung. Münch. Med.Wschr. 76 ,1675-1676 (1929)
- 116 FREDERICK C.J.:Current trends in suicidal behavior in the United States. Amer.J.Psychoter. 32 ,172-200 (1978)

- 117 FREUD S.:Trauer und Melancholie. In:Psychologie des Unbewußten.Studienausgabe Bd.III. S.Fischer Verlag Frankfurt 1975 S.197-212
- 118 FREUD S.:Jenseits des Lustprinzips. In:Psychologie des Unbewußten.Studienausgabe Bd.III. S.Fischer Verlag Frankfurt 1975 S.217-272
- 119 FREUD S.:Die Traumdeutung/Über den Traum. Ges.Werke Bd.10. Imago publishing Co.Ltd. London zitiert nach W.Larbig (191)
- 120 FRIEDMAN M.,M.Glasser:Attempted suicide and self mutilation in adolescence.Some observations from a psychoanalytic research project. Inter.J.Psychoanal. 53 ,179-183 (1972)
- 121 GADAMER H.G.:Der Tod als Frage. Zitiert nach C.Eggers (87) S.40
- 122 GARFINKEL B.D.,H.Golombek:Suicide and depression in childhood and adolescence. Canad.Med.Ass.J. 110 ,1278-1281 (1974)
- 123 GAUÏP R.:Selbstmord im Kindesalter. In:A.Dannemann et al. (Hrsg.):Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik. Bd.III. Halle a.d.S. 1934 S.2530-2542
- 124 GEISLER E.:Selbstmord und Todessehnsucht im Kindesalter. Psychiat.Neurol.med.Psychol. 5 ,210-216 (1953)
- 125 GLASER K.:Suicidal children.Manegement. Amer.J.Psychother. 25 ,27-36 (1971)
- 126 GLASER K.:The treatment of depressed and suicidal adolescents. Amer.J.Psychother. 32 ,252-269 (1978)
- 127 GLUECK S.,E.Glueck:Jugendliche Rechtsbrecher. Enke Verlag Stuttgart 1963
- 128 GÖTZE P.,C.Reimers,B.Dähme:Zur Phänomenologie und Psychodynamik der Aufwächphase von Suizidpatienten. Psychiat. Clin. 12 ,9-22 (1979)
- 129 GORION E.B. (Hrsg.):Geschichten aus dem Talmud.Semachot II,4-6. Insel Verlag Frankfurt 1966
- 130 GOULD R.E.:Suicide problems in children and adolescents. Amer.J.Psychother. 19 ,220-228 (1965)
- 131 GREER S.:Parental loss and attempted suicide:A further report. Brit.J.Psychiat. 112 ,465-470 (1966)
- 132 GREER S.,J.C.Gunn,K.M.Koller:Aetioloical factors in attempted suicide. Brit.Med.J. Vol.II ,1352-1355 (1966)
- 133 GREGER J.E.:Zur Appellfunktion der Selbstmordversuche Jugendlicher. Wissensch.Z. der Univ.Rostock,Math.-Nat. Reihe, 17 ,661-662 (1968)

- 134 GRÜNEBERG F.,H.Helmchen,H.Hippius:Zur Phänomenologie von Suizidversuchen anhand von über 500 Beobachtungen in einem großstädtischen Reanimationszentrum. Therapiewoche 22 ,2242-2252 (1972)
- 135 GRUHLE H.W.:Selbstmord. G.Thieme Verlag Leipzig 1940
- 136 HABERLANDT W.F.:Selbstmord als genetisches Problem. Therapiewoche 20 ,3142-3148 (1970)
- 137 HAENEL T.:Suizidhandlungen unter dem Aspekt statistischer Tendenzen. Schw.Rundschau Med.(Praxis) 68 ,70-76 (1979)
- 138 HAFFTER C.:Selbstmord im kulturellen Zusammenhang. In:C. Haffter,G.Waage,L.Zumpe:Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen. Karger Verlag Basel 1967
- 139 HAHN H.:Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit. Soziologische Gegenwartsfragen H.26 . Enke Verlag Stuttgart 1968
- 140 HARBAUER H.:Selbstmordhandlungen bei Kindern. Dtsch.Ärzteblatt 70 .491-493 (1973)
- 141 HARBAUER H.:Psychische Schäden durch die Zivilisation. Mschr.Kinderheilk. 122 ,528-531 (1974)
- 142 HARBAUER H. et al.:Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York 1976
- 143 HARBAUER H.:Die Schulreife. In:H.Harbauer et al.(142) S. 67-72
- 144 HARBAUER H.:Krisen der Pubertät und Suizid. Med.Welt 29 , 1362-1364 (1978)
- 145 HARNACK G.A.VON (Hrsg.):Kinderheilkunde. Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York 1974
- 146 HARTMANN K.:Theoretische und empirische Beiträge zur Verwehrlösungsforschung. Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York 1970
- 147 HARTMANN K.:Ein Beitrag zur Psychopathologie minderjähriger Suizidenten. Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 19 ,168-170 (1970)
- 148 HARVALD B.,M.Hauge:Hereditary factors elucidated by twin studies. In:J.V.Neel et al.(Hrsg.):Genetics and the epidemiology of chronic diseases.A symposium. Public Health Service Washington D.C. 1965 S.61-89
- 149 HAYNAL A.:Über Depression,Längeweile und Gewaltsamkeit. Jb.Psychoanal. 9 ,91-109 (1976)
- 150 HELLBRÜGGE T.: In:Schulstreß allein weckt keine Selbstmordgedanken.(Diskussion). Ärztl.Praxis 28 ,2019-2021 (1976)

- 151 HEMMING J.: Saving teenage suicides. J. Psychosom. Res. 21, 291-296 (1977)
- 152 HENDIN H.: Suicide: Psychoanalytic point of view. In: N.L. Farberow, E.S. Shneidman (Hrsg.) (98) S. 185-192
- 153 HENSELER H.: Selbstmord und Selbstmordversuche: Vorurteile und Tatsachen. Dtsch. Ärzteblatt 68, 789-791 (1971)
- 154 HENSELER H.: Ein psychodynamischer Deutungsversuch des präsuizidalen Syndroms. Nervenarzt 45, 238-243 (1974)
- 155 HENSELER H.: Narzißtische Krisen - Zur Psychodynamik des Selbstmordes. Rowohlt Verlag Reinbek bei Hamburg 1974
- 156 HEUYER G. et al.: Le sens de la mort chez l'enfant. Rev. Neuro-Psychiat. infant. 3, 219-251 (1955)
- 157 HIPPIUS H., P. Baum: Vorwort zum Themenheft 'Suizidalität'. Münch. Med. Wschr. 117, 181-182 (1975)
- 158 HOFFMANN N. (Hrsg.): Depressives Verhalten. O. Müller Verlag Salzburg 1976
- 159 HOFSTÄTTER P.R.: Gruppendynamik. Rowohlt Verlag Reinbek bei Hamburg 1957
- 160 HOLINGER P.C.: Adolescent suicide: An epidemiological study of recent trends. Amer. J. Psychiat. 135, 754-756 (1978)
- 161 HOLINGER P.C.: Violent deaths among young: Recent trends in suicide, homicide and accidents. Amer. J. Psychiat. 136, 1144-1147 (1979)
- 162 HUG-HELLMUTH H. VON: The child's concept of death. Psychoanalytic Quarterly 34, 499-516 (1965)
- 163 JACOBS J.: Selbstmord bei Jugendlichen (1971). Deutsche Übersetzung: Kösel Verlag München 1974
- 164 JACOBS J., J.D. Teicher: Broken homes and social isolation in attempted suicides of adolescents. Intern. J. Soc. Psychiat. 13, 139-149 (1976)
- 165 JACOBSON J.: Depression. Suhrkamp Verlag Frankfurt 1977
- 166 JACOBSON S., P. Tribe: Deliberate self-injury (attempted suicide) in patients admitted to hospital in Mid-Sussex. Brit. J. Psychiat. 121, 379-386 (1972)
- 167 JACOBZINER H.: Attempted suicides in children. J. of. Pediat. 56, 519-525 (1960)
- 168 JACOBZINER H.: Attempted suicides in adolescence. J. Amer. Med. Ass. 191, 101-105 (1965)
- 169 JAN-TAUSCH J.: Suicide of children 1960-1963. New Jersey Public School Studies Bulletin 10 (1964) zitiert nach J. Jacobs (163)

- 170 KALLMANN F.J.:Heredity in health and mental disorder.
Principles of psychiatric genetics in the light of comparative twin studies. New York 1953
- 171 KANNER L.:Child psychiatry. Springfield 1957 zitiert nach K.Hartmann (147)
- 172 KASTENGREN C.:Intoxication - suicide or not? Z.f.Rechtsmed. 77 ,313-319 (1976)
- 173 KATZ J.:Psychiatric aspects of accidental poisoning in childhood. Med.J.Aust. Vol.II ,59-62 (1976)
- 174 KESSEL N.:The respectability of self-poisoning and the fashion of survival. J.Psychosom.Res. 10 ,29-34 (1966)
- 175 KLEIN M.:Zitiert nach E.Stern (355) S.173 ohne näheren Literaturhinweis
- 176 KLEINING G.,H.Moore:Soziale Selbsteinstufung. Kölner Z.f. Soziolog.Sozialpsychol. 20 ,503-552 (1968)
- 177 KLIEEISEN M.,D.Längen:Lebensalter und Sterbewille. In:A. Eser (Hrsg.):Suizid und Euthanasie. Enke Verlag Stuttgart 1976 S.88-93
- 179 KOLLER K.M.,J.N.Castanos:The influence of childhood parental deprivation in attempted suicide. Med.J.Aust. 55 ,396-399 (1968)
- 180 KOPP M.:Über die bei Suizidversuchen verfolgten Ziele. Med.Diss. Frankfurt 1960 zitiert nach G.Siegmund (339, S.47)
- 181 KREIDER D.G.:Parent child role reversal and suicidal states in adolescence. Adolescence 9 ,365-370 (1974)
- 182 KREITMAN N.,P.Smith,E.S.Tan:Attempted suicide as language: An empirical study. Brit.J.Psychiat. 116 ,465-473 (1970)
- 183 KRETSCHMER E.:Psychotherapeutische Studien. G.Thieme Verlag Stuttgart 1949
- 184 KRIEGER G.:The plasma level of cortisol as a predictor of suicide. Dis.Nerv.Syst. 35 ,237-240 (1974)
- 185 KRIENKE G.:Erfahrungen einer Beratungsstelle für Vergiftungserscheinungen im Kindesalter. Dtsch.Med.J. 18 , 8 (1967) zitiert nach F.Rosenmayr und G.Bachl (306)
- 186 KROSE G.:Der Selbstmord im 19.Jahrhundert. Herder Verlag Freiburg 1906
- 187 KUHN R.:Über kindliche Depression und ihre Behandlung. Schw.Med.Wschr. 93 ,86-89 (1963)
- 188 KULAWIK H.:Zur Psychopathologie der Suizidalität. Psychiat. Neurol.med.Psychol. 29 ,257-265 (1977)

- 189 LANCET:Leading article:Suicide and suicidal attempts in children and adolescents. Lancet No 7364 ,847-848 (1964)
- 190 LANGEN D.:Psychotherapie. G.Thieme Verlag Stuttgart 1973
- 191 LARBIG W.:Zum kindlichen Todeserleben und zur Situation des todkranken Kindes im Krankenhaus. Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 23 ,245-255 (1974)
- 192 LAWLER R.H.,W.Nekiely,N.A.Wright:Suicidal attempts in children. Canad.Med.Ass.J. 89 ,751-754 (1963)
- 193 LEDER H.:Klinische und sozialfürsorgerische Gesichtspunkte beim Suizidversuch Jugendlicher. Psychiat.Neurol.med. Psychol. 19 ,183-186 (1967)
- 194 LEGER J.M.,R.Garroux,M.M.Bourrat:Place du narcissme dans la problematique de l'adolescent suicidant et sa famille. Psychol.Med. 9 ,819-828 (1977)
- 195 LEMPP R.:Frühkindliche exogene Psychosynndrome. In:H. Harbauer et al. (142) S.310-318
- 196 LESTER D.:Sibling position and suicidal behavior. J.Individ.Psychol. 22 ,204-207 (1966)
- 197 LESTER D.:Social disorganization and completed suicide. Soc.Psychiat. 5 ,175-176 (1970)
- 198 LEUTNER K.:Referent im Statistischen Bundesamt; persönliche Mitteilung Nov.1978
- 199 LEVENSON R.,C.Neuringer:Phenomenal environmental oppressiveness in suicidal adolescents. J.Gen.Psychol. 120 , 253-256 (1972)
- 200 LEVI L. et al.:Separation and attempted suicide. Arch.Gen. Psychiat. 15 ,158-164 (1966)
- 201 LEWIS M. et al.:An exploration study of accidental ingestion of poison in young children. J.Amer.Acad. Child Psychiat. 5 ,255-271 (1966)
- 202 LINDEN K.J.:Der Suizidversuch. Enke Verlag Stuttgart 1969
- 203 LINDEN K.J.:Die Struktur der Selbstmordhandlung. Therapiewoche 22 ,2216-2222 (1972)
- 204 LITMAN R.E.:Presuicidal states in adolescents. Amer.J. Orthopsychiat. 39 ,315-317 (1969)
- 205 LITMAN R.E.:Suicide prevention:Evaluating effectiveness. Life-Threatening behavior 1 ,155-162 (1971)
- 206 LLOYD K.G. et al.:Serotonin and 5-hydroxyindolacetic acid in discrete areas of the brainstem of suicide victims and control patients. Adv.Biochem.Psychopharm. 11 , 387-397 (1974)

- 207 LÖWNAU H.W.: Störungen der Intentionalität am Beispiel des Suizids im Kindes- und Jugendalter. *Acta Paedopsychiat.* 31 ,12-19 (1964)
- 208 LÖWNAU H.W.: Suicidale Tendenzen bei neurotischen Kindern und Jugendlichen. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 19 ,165-167 (1970)
- 209 LÖWNAU H.W.: Seelische Fehlentwicklung und Gesellschaftsstruktur aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. In: G.Nissen und P.Strunk (268) S.23-42
- 210 LONCHAMP D. et al.: Tentatives de suicide chez l'enfant. *Arch.Fran.Pediat.* 27 ,998-999 (1970)
- 211 LOURIE R.S.: Clinical studies of attempted suicide in childhood. *Clin.Proceed.Child.Hosp.* 22 ,163-173 (1966)
- 212 LOURIE R.S.: Suicide and attempted suicide in children and adolescents. *Texas Med.* 63 ,58-63 (1967)
- 213 LUBAN-PLOZZA B., W.Pöldinger: Der psychosomatisch Kranke in der Praxis. Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York 1977
- * 214 LUKES J., J.Skrivánek: K problematice sebevraždy a sebevražedných pokusu u dětí. *Ceskoslov.Pediat.* 30 ,232-234 (1975)
- 215 LUKIANOWICZ N.: Attempted suicide in children. *Acta Psychiat.Neurol.Scand.* 44 ,415-435 (1968)
- 216 LUKIANOWICZ N.: Suicidal behaviour - on attempt to modify the environment. *Brit.J.Psychiat.* 121 ,387 (1972)
zitiert nach C.Williams (410)
- 217 LUNGERSHAUSEN E.: Suicide und Suicidversuche bei Schülern. *Z.f.Präventivmed.* 11 ,414-433 (1966)
- 218 LUNGERSHAUSEN E.: Intoxikation und Suizidversuch - Grenzfälle suizidalen Verhaltens. *Arch.Psychiat.Z.f.ges.Neurol.* 211 ,38-42 (1968)
- 219 MANGOLD B., J.E.Seidl: Der Suizidversuch als kinderpsychiatrischer Notfall. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 23 ,233-240 (1974)
- 220 MARCELLI D.: Les tentatives de suicide de l'enfant. *Acta Paedopsychiat.* 43 ,213-221 (1978)
- 221 MAREK Z. et al.: Suicides committed by minors. *Forensic Science* 7 ,103,108 (1976)
- 222 MARGOLIS J.A.: Psychosocial study of childhood poisoning: A five year follow-up. *Pediatrics* 47 ,439-444 (1971)
- 223 MATTSSON A. et al.: Suicidal behavior as a child psychiatric emergency. *Arch.Gen.Psychiat.* 20 ,100-109 (1969)

- 224 MAY G.:Selbstmord und Selbstmordversuch bei Kindern und Jugendlichen. Med.Diss. Basel 1936
- 225 MC ANARNEY E.R.:Suicidal behavior of children and youth. *Pediat.Clin.North Amer.* 22 ,595-604 (1975)
- 226 MC CARTHY P.D.,D.Welsh:Suicide in Dublin^o. I.The underreporting of suicide and the consequences for national statistics. *Brit.J.Psychiat.* 126 ,301-308 (1975)
- 227 MC CONAGHY N.,J.Linane,R.C.Buckle:Parental deprivation and attempted suicide. *Med.J.Aust.* 53 ,886-892 (1966)
- 228 MC INTIRE M.S.,C.R.Angle:The taxonomy of suicide as seen in poison control centers. *Pediat.Clin.North Amer.* 17 ,697-706 (1970)
- 229 MC INTIRE M.S.,C.R.Angle:Is the poisoning accidental? *Clin.Pediat.* 10 ,414-417 (1971)
- 230 MC INTIRE M.S. et al.:The concept of death in midwestern children and youth. *Amer.J.Dis.Child.* 123 ,527-532 (1972)
- 231 MC INTIRE M.S.,C.R.Angle,M.L.Schlicht:Suicide and self-poisoning in pediatrics. *Advances in Pediat.* 24 ,291-309 (1972)
- 232 MC INTIRE M.S.,C.R.Angle:Psychological "biopsy" in self-poisoning of children and adolescents. *Amer.J.Dis.Child* 126 ,42-46 (1973)
- 233 MC INTIRE M.S. et al.:Recurrent adolescent suicidal behavior. *Pediatrics* 60 ,605-609 (1977)
- 234 MEAD M.:Coming of age in Samoa. New York 1929 zitiert nach W.Larbig (191)
- 235 MENNINGER K.:Selbstzerstörung (1938). Deutsche Übersetzung:Suhrkamp Verlag Frankfurt 1978
- 236 MEYER E.:Zur Verhütung des Selbstmordes insbesondere bei Jugendlichen. *Münch.Med.Wschr.* 76 ,1459-1460 (1929)
- 237 MIDDLETON W.C.:Some reactions towards death among college students. *J.Abnorm.Soc.Psychol.* 31 ,165 zitiert nach W.Larbig (191)
- 238 MILCINSKI L.:Familiensphäre und Selbstmord. *Wien.Med.Wschr.* 121 ,220-223 (1971)
- 239 MILES C.P.:Conditions predisposing to suicide:A review. *J.Nerv.Ment.Dis.* 164 ,231-246 (1977)
- 240 MILLER J.P.:Suicide and adolescence. *Adolescence* 10 ,11-24 (1975)
- 241 MINKOFF K.,A.T.Beck:Hopelessness,depression and attempted suicide. *Amer.J.Psychiat.* 130 ,455-459 (1973)

- 242 MOCH M.:Etude comparative des tentatives de suicide de l'enfant et de l'adolescent observees dans trois services de pediatrie et de celles recueillies dans un service de pædo-psychiatrie. Rev.de Neuropsychiat.infant. 17 ,513 544 (1969)
- 243 MÖLLER H.J.,V.Werner,W.Feuerlein:Beschreibung von 150 Patienten mit Selbstmordversuch durch Tabletten - unter besonderer Berücksichtigung des Selbstmordverhaltens und der Inanspruchnahme von Beratungsmöglichkeiten für Suicidgefährdete. Arch.Psychiat.Nervenkr. 226 ,113-135 (1978)
- 244 MORRISON G.C.,J.G.Collier:Family treatment approaches to suicidal children and adolescents.Read before the annual meeting of the Amer.Ass.of Psychiat.Clin.for children. Washington D.C. march 1967 zitiert nach A. Mattsson et al. (223)
- 245 MORSELLI H.:Der Selbstmord.Ein Kapitel aus der Moralistik. F.A.Brockhaus Verlag Leipzig 1881
- 246 MOSCHEL G.,H.Haeberle:Selbstmord und seine sozialräumlichen Bedingungen in Mannheim. In:H.Häfner (Hrsg): Psychiatrische Epidemiologie.Monogr.Gesamtgeb.Psychiat. 17 Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York 1978 S.59-80
- 247 MOTTO J.A.:Newspaper influence on suicide:A controlled study. Arch.Gen.Psychiat. 23 ,143-157 (1970)
- 248 MÜLLER H.:Suizid bei Kindern und Jugendlichen. Ther.d. Gegenw. 114 ,1055-1068 (1975)
- 249 MÜLLER H.:Suizid und Suizidprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen. Kinderarzt 9 ,1168-1174 (1978)
- 250 MÜLLER-KÜPPERS M.: In:Was treibt Kinder zum Selbstmord? (Diskussion). Selecta 25 ,2361-2364 (1978)
- 251 MÜLLER-KÜPPERS M.,E.Schilf:Beiträge zur Kinderpsychologie III.Selbstmord bei Kindern. Psychiat.Neurol.med. Psychol. 7 ,42-54 (1955)
- 252 MUMENTHALER M.:Neurologie. G.Thieme Verlag Stuttgart 1973
- 253 MURPHY G.E.:Clinical identification of suicidal risk. Arch. Gen.Psychiat. 27 ,256-259 (1972)
- 254 MURPHY V.:Personality and the nature of suicide attempts. Brit.J.Psychiat. 115 ,791-796 (1969)
- 255 NAGY K.,O.Kleininger:Selbstmord im Pubertätsalter. Wissenschaft.Z.d.Univ.Rostock,Math.-Nat.Reihe, 17 ,675-676 (1968)
- 256 NAGY M.:The child view of death. In:H.L.Feifel (103) S.79-98

- 257 NESNIDALOVA R. et al.:Gefühl der Vereinsamung und seine Beziehung zu Selbstmordversuchen bei Jugendlichen. Wissensch.Z.d.Univ.Rostock,Math.-Nat.Reihe, 17 ,665-667 (1968)
- 258 NEUHÄUSER ?: In:Schulstreß allein weckt keine Selbstmordgedanken. (Diskussion). Ärztl.Praxis 28 ,2019-2021 (1976)
- 259 NEURINGER C.:Rigid thinking in suicidal individuals. J. Consult.Clin.Psychol. 28 ,54-57 (1964)
- 260 NISSEN G.:Depression und Suizidalität in der Pubertät. Z.f.Allgemeinmed. 10 ,435-439 (1973)
- 261 NISSEN G.:Die larvierte Depression bei Kindern und Jugendlichen. In:P.Kielholz (Hrsg.):Die larvierte Depression. Verlag H.Huber Bern-Stuttgart-Wien 1973 S.141-150
- 262 NISSEN G.:Gesellschaft,Zeitgeist und seelische Fehlentwicklung. In:G.Nissen und P.Strunk (268) S.43-49
- 263 NISSEN G.:Suizid und Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen. Kinderarzt 6 ,30-31 u. 131-132 (1975)
- 264 NISSEN G.:Dissozialität und Verwerflosung. In:H.Harbauer et al. (142) S.82-94
- 265 NISSEN G.:Die depressive Neurose. In:H.Harbauer et al. (142) S.103-109
- 266 NISSEN G.:Suizidversuche und Suizide. In:H.Harbauer et al. (142) S.185-191
- 267 NISSEN G.:Depressive Verstimmungen bei Kindern und Jugendlichen. Dtsch.Ärzteblatt 76 ,567-570 (1979)
- 268 NISSEN G.,P.Strunk (Hrsg.):Fehlentwicklungen im Kindesalter und Gesellschaftsstruktur. Luchterhand Verlag Neuwied-Berlin 1974
- 269 OHARA K. et al.:Suicide in children. Psychiat,Neurol.Jap. 65 ,468-481 (1963)
- 270 OKI T.:The psychological investigation of child suicide. Bulletin Osaka Med.School 6 ,86-90 (1960)
- 271 OTT B.:Reaktive Selbstmordversuche bei Erwachsenen und Jugendlichen. Med.Welt 25 ,1545-1548 (1974)
- 272 OTTO U.:Changes in the behaviour of children and adolescents preceding suicidal attempts. Acta Psychiat.Scand. 40 ,386-400 (1964)
- 273 OTTO U.:Suicidal attempts in adolescence and childhood. States of mental illness and personality variables. Acta Paedopsychiat. 31 ,397-411 (1964)

- 274 OTTO U.: Suicidal attempts made by children. Acta Paediat. Scand. 55 ,64-72 (1966)
- 275 OTTO U.: Suicidal attempts made by psychotic children and adolescents. Acta Paediat. Scand. 56 ,349-356 (1967)
- 276 OTTO U.: Correlation between suicidal attempts and school problems. Wissensch. Z. d. Univ. Rostock, Math. Nat. Reihe, 17 ,653-656 (1968)
- 277 OTTO U.: Suicidal attempts in childhood and adolescence - today and after ten years. In: A.L. Annell (9)
- 278 PARKHURST H.: Exploring the child's world. Appleton Century Crofts Inc. New York 1951 zitiert nach M.S. Mc Intire et al. (230)
- 279 PARKIN D., E. Stengel: The incidence of suicidal attempts in an urban community. Brit. Med. J. Vol. II ,133-136 (1965)
- 280 PARNITZKE C., H. Regel: Analyse von Suizidversuchen bei Kindern und Jugendlichen. Kinderärztl. Praxis 4 ,152-160 (1973)
- 281 PARQUET P. J.: Suicides d'enfants et enfants suicidants. Lille Méd. 19 ,980-983 (1974)
- 282 PAUKE B.: Katamnestic Untersuchungen nach kindlichen Suizidversuchen. Med. Diss. Mainz in Vorbereitung
- 283 PECK M. L.: Research and training in prevention of suicide in adolescents and youths. Bulletin of Suicidology No. 6 ,35-40 (1970)
- 284 PETERS U. H.: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. II. Auflage Verlag Urban & Schwarzenberg München-Berlin-Baltimore 1977
- 285 PHILIPPS D. P.: The influence of suggestion on suicide. Substantive and theoretical implications of the Werther effect. Amer. Soc. Rev. 39 ,340-354 (1974)
- 286 PLÜGGE H.: Über suizidale Kranke. Psyche 5 ,433-450 (1951/52)
- 287 PÖLDINGER W.: Die Abschätzung der Suizidalität. Verlag H. Huber Bern-Stuttgart 1968
- 288 PÖLDINGER W., G. Hole: Die Selbstmordhandlung als Symptom. Praxis Psychother. 16 ,185-194 (1971)
- 289 FOHLMEIER H.: In: Schulstreß allein weckt keine Selbstmordgedanken. (Diskussion). Ärztl. Praxis 28 ,2019-2021 (1976)
- 290 FOHLMEIER H.: Selbstmord und Selbstmordverhütung. Verlag Urban & Schwarzenberg München-Wien-Baltimore 1978

- * 291 POPIELARSKA A., M. Męzur: Analiza przyczyn i okoliczności zamechów somatycznych u dzieci na podstawie własnych obserwacji. *Pediat. Pol.* 49 ,181-187 (1974)
- 292 PRINZING ? : Statistisches zum Selbstmordproblem. *Med. Welt* 3 ,1775-1777 (1929)
- 293 REED C.E. et al.: Acute barbiturate intoxication: A study of 300 cases based on a physiologic system of classification of the severity of the intoxication. *Ann. Int. Med.* 37 ,290-303 (1952)
- 294 REITLER R.: In: A. Adler (Hrsg.) (4) S.19-23
- 295 REMSCHMIDT H., T. Schwab: Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter. *Acta Paedopsychiat.* 43 ,197-208 (1978)
- 296 RINGEL E.: Ein Beitrag zur Frage der vererbten Selbstmordneigung. *Wien. Z. Nervenheilk.* 5 ,26-40 (1952)
- 297 RINGEL E.: Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften Entwicklung. W. Maudrich Verlag Wien 1953
- 298 RINGEL E.: Über Selbstmordversuche von Jugendlichen. *Int. J. Proph. Med. u. Sozialhyg.* 2 ,39-44 (1959)
- 299 RINGEL E. (Hrsg.): Selbstmordverhütung. Verlag H. Huber Bern-Stuttgart 1969
- 300 RINGEL E.: In: Was treibt Kinder zum Selbstmord? (Diskussion). *Selecta* 25 ,2361-2364 (1978)
- 301 RINGEL E., W. Spiel, M. Stepan: Zur Selbstmordtendenz bei Kindern. *Wien. Z. Nervenheilk.* 5 ,344-348 (1952)
- 302 RINGEL E. et al.: Untersuchungen über kindliche Selbstmordversuche. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 4 ,161-168 (1955)
- 303 ROBINS E. et al.: The communication of suicidal intent. *Amer. J. Psychiat.* 115 ,724-740 (1959)
- 304 ROHN R.D. et al.: Adolescents who attempt suicide. *J. of Pediat.* 90 ,636-638 (1977)
- 305 ROSENBERG R.D., R. Letimer: Suicide attempts by children. *Mental Hyg.* 50 ,354-359 (1966)
- 306 ROSENTHAL F., G. Bachl: Zur Hospitalisation kindlicher Vergiftungsfälle. *Pädiat. Pädol.* 6 ,371-384 (1971)
- 307 SABBATH J.C.: The suicidal adolescent - the expendable child. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.* 8 ,272-277 (1969)
- 308 SABBATH J.C.: The role of the parents in adolescent suicidal behavior. *Acta Paedopsychiat.* 38 ,211-220 (1971)
- 309 SADGER J.: In: A. Adler (Hrsg.) (4) S.27

- 310 SAINSBURY P.: Suicide and attempted suicide. In: K.P. Kisker et al. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart Bd. III 2. Aufl. Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York 1975 S. 559-606
- 311 SANDVOSS H.: Die Frage nach dem Sinn des Leidens bei selbstmordgefährdeten Jugendlichen. Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 20, 132-135 (1971)
- 312 SANHUEZA F.: Suicidio en los niños. Pediat. Amer. 9, 414-417 (1952) zitiert nach L. Zumpé (422)
- 313 SATHYAVATHI K.: Suicide among children in Bangalore. Indian J. of Pediat. 42, 149-157 (1975)
- 314 SAUER H.: Jugendberatung als Prophylaxe gegen Selbstmorde Jugendlicher. Med. Welt 3, 1773- (1929)
- 315 SCHACHTER M.: Contribution à l'étude des tentatives et des suicides chez les mineurs. Provence Méd. 7, 7-15 (1965) zitiert nach A. Dührssen (82)
- 316 SCHECHTER M.D.: The recognition and treatment of suicide in children. In: E.S. Sheidman und N.L. Farberow: Clues to suicide. Mc Graw Hill New York 1957 S. 131-142
- 317 SCHELISKY H.: Auf der Suche nach Wirklichkeit. Düsseldorf-Köln 1965
- 318 SCHENDEL K.: In: Was treibt Kinder zum Selbstmord? (Diskussion). Selecta 25, 2361-2363 (1978)
- 319 SCHILDER P., D. Wechsler: The attitudes of children toward death. J. Genet. Psychol. 45, 406-411 (1934)
- 320 SCHINDLER R.: Die Soziodynamik in der therapeutischen Gruppe. In: A. Heigl-Evers (Hrsg.): Psychoanalyse und Gruppe. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen 1971 S. 21-32
- 321 SCHMIDT E.: Epidemiologische Aspekte des Suizidgeschehens im Raum Mainz. Med. Diss. Mainz 1977
- 322 SCHMIDT-MATTHIESEN H. (Hrsg.): Gynäkologie und Geburtshilfe. F.K. Schattsauer Verlag Stuttgart-New York 1975
- 323 SCHNEER H.J. et al.: Events and conscious ideation leading to suicidal behavior in adolescence. Psychiat. Quart. 35, 507-515 (1961)
- 324 SCHNEER H.J., A. Perlstein, M. Brzovsky: Hospitalized suicidal adolescents. J. Amer. Acad. Child Psychiat. 14, 268-280 (1975)
- 325 SCHRUT A.: Suicidal adolescents and children. J. Amer. Med. Ass. 188, 1103-1107 (1964)
- 326 SCHULTE W., R. Tölle: Psychiatrie. 3. Aufl.. Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York 1975
- 327 SCHUSTER H.P.: Klassifizierung der Schlafmittelvergiftungen. Dtsch. Med. Wschr. 103, 1891 (1978)

- 328 SCHWAB T.: Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter. Med. Diss. Marburg 1975
- 329 SEIDEN R.H.: Suicide among youth. Public Health Service Publication No 1971 Washington D.C. 1969
- 330 SELIGMANN C.G.: The Melanesians of British New Guinea. Cambridge 1910 zitiert nach H. Ellenberger (93)
- 331 SELIGMANN M.E.P.: Helplessness. San Francisco 1975 zitiert nach H. Pohlmeier (290)
- 332 SENDBUEHLER J.M. et al.: Attempted suicide and social class: Part I. Canad. Psychiat. Assoc. J. 17, 185-191 (1972)
- 333 SHAFFER D.: Suicide in childhood and early adolescence. J. Child-Psychol. Psychiat. 15, 275-291 (1974)
- 334 SHAW M.T.M.: Accidental poisoning in children: A psychosocial study. New Zealand Med. J. 85, 269-272 (1977)
- 335 SHNEIDMAN E.S.: Orientations toward death. In: R.W. White (Hrsg.): The study of lives. Atherton Press New York 1966 zitiert nach M.S. McIntire et al. (230)
- 336 SIBERT R.: Stress in families of children who have ingested poisons. Brit. Med. J. Vol. II, 87-89 (1975)
- 337 SIEGEL E., J. Ott, K. Schneemann: Der Suizidversuch im Kindes- und Jugendalter. Wissensch. Z. d. Univ. Rostock, Math.-Nat. Reihe, 17, 677-678 (1968)
- 338 SIEGEL E., H. Grund: Über den Suizid bei Kindern und Jugendlichen. Psychiat. Neurol. med. Psychol. 25, 42-52 (1973)
- 339 SIEGMUND G.: Die Frage nach dem Krankheitscharakter des Selbstmordes. Praxis Psychother. 15, 70-81 (1970)
- 340 SILVER M.A. et al.: Relation of depression to attempted suicide and seriousness of intent. Arch. Gen. Psychiat. 25, 573-576 (1971)
- 341 SITZMANN F.C.: Normalwerte. H. Marseille Verlag München 1976
- 342 SOBEL R.: Traditional safety measures and accidental poisoning in childhood. Pediatrics 44, 811-816 (1969)
- 343 SOBEL R.: The psychiatric implications of accidental poisoning in childhood. Ped. Clin. North Amer. 17, 653-657 (1970)
- 344 SOBEL R., J.A. Margolis: Repetitive poisoning in children: A psychosocial study. Pediatrics 35, 641-651 (1965)
- 345 SONNECK G.: Suizidhandlung und Krisenintervention. Psychiat. Clin. 10, 131-139 (1977)
- 346 SPÄTE H.F.: Über kommunikative Elemente suizidaler Handlungen. Psychiat. Neurol. med. Psychol. 25, 647-655 (1973)

- 347 SPECHT F.: Sozialpsychiatrische Gegenwartsprobleme der Jugendverwehrlösung. Enke Verlag Stuttgart 1967
- 348 SPITZ R.: Vom Säugling zum Kleinkind (1965). Deutsche Übersetzung: Klett Verlag Stuttgart 1967
- 349 SPRANGER E.: Psychologie des Jugendalters. 14. Aufl. Leipzig 1931 zitiert nach M. Müller-Küppers und E. Schilf (251) S. 42
- 350 STANLEY E. J., J. T. Barter: Pre- and post-hospital characteristics of hospitalized adolescent suicide attempters as compared with other hospitalized adolescents. Amer. J. Orthopsychiat. 39 , 316-317 (1969)
- 351 STANLEY E. J., J. T. Barter: Adolescent suicidal behavior. Amer. J. Orthopsychiat. 40 , 87-96 (1970)
- 352 STEKEL W.: In: A. Adler et al. (Hrsg.) (4) S. 30-44
- 353 STENGEL E.: Selbstmord und Selbstmordversuch (1964). Deutsche Übersetzung: S. Fischer Verlag Frankfurt 1969
- 354 STENGEL E.: Grundsätzliches zum Selbstmordproblem. In: E. Ringel (299) S. 9-50
- 355 STERN E.: Kind, Krankheit und Tod. E. Reinhardt Verlag München 1957
- 356 STEVENSON E. K. et al.: Suicidal communication by adolescents: Study of two matched groups of 60 teenagers. Dis. Nerv. Syst. 33 , 112-122 (1972)
- 357 STOLL P., H. Schmidt-Matthiesen: Risikoschwangerschaft und Risikogeburt. In: H. Schmidt-Matthiesen (Hrsg.) (322) S. 416-419
- 358 STONE M.: The parental factor in adolescent suicide. Inter. J. Child Psychiat. 40 , 163-201 (1973)
- 359 STORK J.: Suizid tendenz und Suizidversuch. Statistische Analyse des suizidalen Feldes bei Schülern. Z. f. klin. Psychol. Psychother. 20 , 123-151 (1972)
- 360 STORK J.: Suizidverhalten und depressiver Zustand bei Adoleszenten. In: A. L. Ansell (9)
- 361 STOTT D.: Delinquency and human nature. Dunfermline 1950 zitiert nach G. Nissen (264)
- 362 STRAUSS F., G. Sonneck: Statistische Untersuchungen über Selbstmorde in Österreich in den Jahren 1960-70. Mitteil. Öster. Sanitätsverwaltung 76 , 169-187 (1975)
- 363 STRÖMGREN E.: Neurosen und Psychopathien. In: F. E. Becker (Hrsg.): Humangenetik Bd. V/2 , 578 Stuttgart 1967 zitiert nach W. F. Haberlandt (136)
- 364 STRUNK P.: Enuresis und Enkopresis. In: H. Harbauer et al.: (142) S. 163-173

- 365 STUMPF K.D.:Psychogener Tod und Selbstmord. Münch.Med. Wschr. 117 ,473-476 (1975)
- 366 SZAMOSI J.:Selbstmordversuch im Kindesalter. Wissensch. Z.d.Univ.Rostock,Math.-Nat.Reihe, 17 ,669-671 (1968)
- 367 SZYMANSKA Z.,S.Zelazowska:Übersicht über Selbstmordversuche, die in der Zeit von 1961 bis 1965 in der Warschauer Kinderpsychiatrischen Beratungsstelle beobachtet wurden. Wissensch.Z.d.Univ.Rostock,Math.-Nat. Reihe, 17 ,647-651 (1968)
- 368 TADIC N.:La tentative de suicide comme un symptome de la dépression chez les enfants et les adolescents. In: A.L.Annell (Hrsg.) (9)
- 369 TANNER J.M.:Wachstum und Reifung des Menschen. Deutsche Übersetzung:G.Thieme Verlag Stuttgart 1962
- 370 TASCHEV T.:Zur Psychologie der Pubertätsselbstmorde. Wissensch.Z.d.Univ.Rostock,Math.-Nat.Reihe, 17 ,663-664 (1968)
- 371 TEICHER J.D.:Children and adolescents who attempt suicide. Pediat.Clin.North Amer. 17 ,687-696 (1970)
- 372 TEICHER J.D.:Children who choose death. Emergency Med. 7 , 136-142 (1975)
- 373 TEICHER J.D.:Kinder, die sterben wollen. Tempo Medical 2 , 24-28 (1978)
- 374 TEICHER J.D.,J.Jacobs:Adolescents who attempt suicide:Preliminary findings. Amer.J.Psychiat. 122 ,1248-1257 (1966)
- 375 THILGES R.,R.Battegay:Die in einer psychiatrischen Poliklinik behandelten Patienten mit Suizidversuchen. Schw.Med.Wschr. 100 ,225-228 (1970)
- 376 THOMAS K.: In:Wenn Kinder nicht mehr leben wollen. Der Stern H.42 ,70-77 (12.Okt.1969)
- 377 THOMAS K.: In:Was treibt Kinder zum Selbstmord ? (Diskussion). Selecta 25 ,2361-2364 (1978)
- 378 THOMAS K.:Junge Menschen töten sich selbst, aber sie könnten davor bewahrt werden. Notabene medici 8 ,234-235 (1978)
- 379 TILLING E.,J.Gretser:Tablettenkonsum in Gruppen - eine zeittypische kindliche Kollektivhandlung. Mschr.Kinderheilk. 125 ,602-604 (1977)
- 380 TÖRNE J.VON,T.Schwab:Automutilationen in der Anamnese von Kindern und Jugendlichen mit Suizidversuchen. Mschr. Kinderheilk. 122 ,554-555 (1974)
- 381 TOOLAN J.M.:Suicide and suicidal attempts in children and adolescents. Amer.J.Psychiat. 118 ,719-724 (1962)

- 382 TOOLAN J.M.:Suicide in children and adolescents. *Amer.J. Psychother.* 29 ,339-344 (1975)
- 383 TOOLAN J.M.:Therapy of depressed and suicidal children. *Amer.J.Psychother.* 32 ,243-251 (1978)
- 384 TRUBE-BECKER E.:Suizid bei Kindern und Jugendlichen. *Münch. Med.Wschr.* 112 ,750-754 (1970)
- 385 TSUANG M.T.:Genetic factors in suicide. *Dis.Nerv.Syst.* 38 , 498-501 (1977)
- 386 TUCKMAN J.,H.E.Connon:Attempted suicide in adolescents. *Amer.J.Psychiat.* 119 ,228-232 (1962)
- 387 TYSZIEWICZ M.,T.Litwińska:Einstellung gegenüber dem Leben bei jugendlichen Selbstmördern. *Wissensch.Z.d.Univ. Rostock,Math.-Nat.Reihe*, 17 ,673-674 (1968)
- 388 UEMATSU M.:A statistic approach to the host factor of suicide in adolescence. *Acta Med.et Biol.* 8 ,279-286 (1961)
- 389 VINODA K.:Personality characteristics of attempted suicides. *Brit.J.Psychiat.* 112 ,1143-1147 (1966)
- 390 VIRCHOW R. et al.:Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen XI, S.357 (1884) zitiert nach A.Baer (13)
- 391 WAAGE G.:Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen. *Praxis Kinderpsychol.Kinderpsychiat.* 15 ,1-12 (1966)
- 392 WATSON J.B.G. et al.:Nonaccidental poisoning in childhood. *Arch.Dis.Childh.* 54 ,143-144 (1979)
- 393 WEBER A.:Zum Erlebnis des Todes bei Kindern. *Mschr.Psychiat.Neurol.* 107 ,192-225 (1943)
- 394 WEDEKIND F.:Frühling Erwachen. In:F.Wedekind:Prosa Dramen Verse. Verlag A.Langen-G.Müller 3.Aufl. München o.J. S.245-311
- 395 WEICHBRODT R.:Der Selbstmord. Basel 1937
- 396 WEINBERG S.:Suicidal intent in adolescence:A hypothesis about the role of physical illness. *J.of Pediat.* 77 , 579-586 (1970)
- 397 WEINER J.B.:Psychological disturbance in adolescence. New York 1970
- 398 WEISSMAN A.D.,J.W.Worden:Risk-rescue rating in suicide assesement. *Arch.Gen.Psychiat.* 26 ,553-560 (1972)
- 399 WEISSMAN M.:The epidemiology of suicide attempts,1960-to 1971. *Arch.Gen.Psychiat.* 30 ,737-746 (1974)
- 400 WEISSMAN M. et al.:Suicide attempts in an urban community,1955 and 1970. *Soc.Psychiat.* 8 ,82-91 (1973)

- 401 WEISSMAN M. et al.:Hostility and depression associated with suicide attempts. Amer.J.Psychiat. 130 ,450-455 (1973)
- 402 WEITBRECHT H.J.:Selbstmordprophylaxe bei Jugendlichen. Z. Präventivmed. 10 ,458-473 (1965)
- 403 WEILHÖFER P.R.:Einstellungen zum Selbstmord. Öffentl.Gesundheitswesen 37 ,319-391 (1975)
- 404 WELZ R. et al.:Selbstmordversuche in Mannheim. In:H.Häfner: Psychiatrische Epidemiologie. Monogr.Gesamtgeb.Psychiat. 17 ,Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York 1978 S.81-98
- 405 WENDER P.H.:Minimal brain dysfunction in children:Diagnosis and management. Pediat.Clin.North Amer. 20 ,201-209 (1973)
- 406 WENZ F.V.:Family constellation factors,depression and parent suicide potential. Amer.J.Orthopsychiat. 49 , 164-167 (1979)
- 407 WEXLER L.,M.Weissman,S.V.Kasl:Suicide attempts 1970-1975: Updating a United States study and comparisons with international trends. Brit.J.Psychiat. 132 ,180-185 (1978)
- 408 WHITE H.C.:Self-poisoning in adolescents. Brit.J.Psychiat. 124 ,24-31 (1974)
- 409 WHITLOCK F.A.:Suicide in England and Wales 1959-1963.Part I the county boroughs. Psychol.Med. 3 ,350-365 (1973)
- 410 WILLIAMS C.,C.M.Lyons:Family interaction and adolescent suicidal behaviour:A preliminary investigation. Austr. and New Zealand J.Psychiat. 10 ,243-252 (1976)
- 411 WINN D.,R.Hella:Observations of children who threaten to kill themselves. Canad.Psychiat.Ass.J. II.Suppl. , 283-294 (1966)
- 412 WISKOTT A.,K.Betke,W.Künzer (Hrsg.):Lehrbuch der Kinderheilkunde. G.Thieme Verlag Stuttgart 1977
- 413 WOLFF M.:Zur Operationalisierung sozialmedizinischer Forschungsansätze. Med.Diss. Mainz 1980 im Druck
- 414 WORLD HEALTH ORGANIZATION:Prevention of suicide. Public Health Paper No 35 Genf 1968
- 415 WORLD HEALTH ORGANIZATION:Suicide and attempted suicide. Public Health Paper No 58 Genf 1974
- 416 WORLD HEALTH ORGANIZATION:Suicide statistics:The problem of comparability. WHO Chronicle 29 ,188-193 (1975)
- 417 WORLD HEALTH ORGANIZATION:Suicide and the young. WHO Chronicle 29 ,193-198 (1975)

- 418 WORLD HEALTH ORGANIZATION: Suicide and attempted suicide in young people. Report on a conference, Luxembourg, 19.-23. VIII 1974. WHO Office for Europe Copenhagen 1976
- 419 YACoubIAN J.H., R.S. LouriE: Suicide and attempted suicide in children and adolescents. Clin. Proc. Child Hosp. 25, 325-344 (1969)
- 420 ZERSSen D.VON, D.M. KöllEr, H. ReY: Objektivierende Untersuchungen zur prämorbidEn Persönlichkeit endogen Depressiver. In: H. HippIus und H. SelbAch: Das depressive Syndrom. Verlag Urban & Schwarzenberg München 1969 zitiert nach H. Pohlmeier (290)
- 421 ZILBOORG G.: Suicide of the young. Amer. J. Orthopsychiat. 7, 15-31 (1937)
- 422 ZUMPE L.: Selbstmordversuche von Kindern und Jugendlichen. Z. Psychother. med. Psychol. 9, 223-243 (1959)
- 423 ZWINGMANN C.: Selbstvernichtung. Akademische Verlagsanstalt Frankfurt 1965

* Für die Übersetzung der in polnischer und tschechischer Sprache geschriebenen Artikel danke ich Frau Alice SCHIERJOTT (Wiesbaden)

8. LEBENSLAUF UND SCHLUSSBEMERKUNG

Am 22.2.1952 wurde ich als Sohn des Feinmechanikers Walter Michalski und seiner Frau Gertrud, geb.Hagler, in Bleiberg ob Villach (Österreich) geboren.

1955 übersiedelte ich mit meinen Eltern nach Wiesbaden, wo ich nach vierjährigem Volksschulbesuch von 1962 bis zum Abitur im Sommer 1970 das humanistische Diltthey-Gymnasium besuchte.

Beginn des Medizinstudiums im WS 1970/71 an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Dort bestand ich im Oktober 1971 die naturwissenschaftliche Vorprüfung und im März 1973 die ärztliche Vorprüfung.

Im WS 1973/74 und im SS 1974 Fortsetzung des Medizinstudiums an der Universität Heidelberg. Danach wieder Medizinstudium an der Universität Mainz bis zum medizinischen Staatsexamen, das ich im Dezember 1976 bestand.

Im März 1977 Beginn der Arbeit an dieser Dissertation. Vom Februar 1978 bis zum Mai 1978 Medizinalassistent an der Inneren Abteilung des Rot-Kreuz-Krankenhauses in Stuttgart-Bad Cannstatt und anschließend vom Juni 1978 bis zum September 1978 Medizinalassistent an der Kinderchirurgischen Klinik des Olgahospitals in Stuttgart.

Danach Fortsetzung der Doktorarbeit und von April 1979 bis Juli 1979 Beendigung der Medizinalassistentenzeit an der Anaesthesie-Abteilung der Städtischen Kliniken Wiesbaden.

August 1979 Erteilung der Approbation.

Seit Oktober 1979 Ableistung des Zivildienstes als Arzt an der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen. Zur Zeit arbeite ich dort in der Abteilung IV (Chefarzt Prof.M.Eggstein).

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr.Emmrich für die Überlassung des Themas und Herrn Dipl.Psych. Einsiedel und seinen Mitarbeitern für die intensive fachliche Beratung und Unterstützung bei der Erstellung dieser Arbeit.

Frau Dipl.Math.M.Budenz vom Institut für Med.Statistik und Dokumentation der Universität Mainz danke ich für die geduldige Unterstützung bei der Bearbeitung der statistischen Probleme.

Abschließend ist noch zu bemerken, daß diese Arbeit in Kooperation mit Frau Bärbel Pauke entstanden ist, die am gleichen Patientengut eine katamnestische Untersuchung durchgeführt hat, so daß eine enge Zusammenarbeit sachlich notwendig war. Die Trennung der Arbeiten ist also in einem gewissen Sinn willkürlich und nur mit Rücksicht auf die Promotionsordnung der Medizinischen Fachbereiche erfolgt, die die Erstellung von heute in der Wissenschaft allgemein üblichen Teamarbeiten verbietet.

